

PLAN DE MEJORAMIENTO IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE IPS FAME

**JULIANA MARIA BEDOYA ECHEVERRI
NADIA CRISTINA CORREA VILLA
YERALDIN LEON QUINTERO
LIZETH TATIANA QUINTERO GOMEZ**

**RED ILUMNO
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE POSGRADOS
PROGRAMA DE AUDITORÍA EN SALUD
PEREIRA
2018**

**PLAN DE MEJORAMIENTO IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD
DEL PACIENTE IPS FAME**

**JULIANA MARIA BEDOYA ECHEVERRI
NADIA CRISTINA CORREA VILLA
YERALDIN LEON QUINTERO
LIZETH TATIANA QUINTERO GOMEZ**

TRABAJO PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN AUDITORÍA EN SALUD

**ZULMA LORENA RODRÍGUEZ SABOGAL
DIANA CONSTANZA LOPEZ GARCÍA**

**RED ILUMNO
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE POSGRADOS
PROGRAMA DE AUDITORÍA EN SALUD
PEREIRA
2018**

AGRADECIMIENTOS

Nuestros más sinceros agradecimientos a la clínica IPS FAME en general por permitirnos realizar el proyecto, al centro de posgrados por su apoyo en la realización del trabajo de grado y a nuestras familias por su apoyo y comprensión.

CONTENIDO

1. PROBLEMA	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA	2
2. JUSTIFICACIÓN	2
3. OBJETIVOS.....	4
3.1 GENERAL.....	4
3.2 ESPECIFICOS	4
3.3 MATRIZ DE OBJETIVOS.....	5
4. MARCO TEÓRICO O REFERENCIAL.....	6
4.1 MARCO DE ANTECEDENTES.	6
4.1.1 MARCO INSTITUCIONAL.....	8
4.1.2 PLATAFORMA ESTRATÉGICA:	8
4.2 MARCO DE REFERENCIA	10
4.3 GLOSARIO.....	14
4.3.1 MeSH o DeCs	16
4.4 MARCO JURÍDICO.....	17
5. METODOLOGÍA	19
5.1 TIPO DE ESTUDIO.....	19
5.2 POBLACIÓN	19
5.3 MUESTRA	19
5.4 UNIDAD DE OBSERVACIÓN.....	19
5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	19
5.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	19
5.7 VARIABLES	19
5.8 PLAN DE ANÁLISIS.....	19
5.8.1 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	19
5.8.2 VALIDEZ DEL INSTRUMENTO.....	19
5.8.3 TABULACIÓN DE LOS DATOS	19
5.8.4 PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN	20
5.9 COMPROMISO BIOÉTICO.....	20
5.10 COMPROMISO MEDIOAMBIENTAL	20

5.11 RESPONSABILIDAD SOCIAL	21
5.12 POBLACIÓN BENEFICIADA	21
5.13 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	22
5.13.1 CRONOGRAMA EN TABLA DE GANTT.....	22
5.13.2 PRESUPUESTO	24
5.14 DIFUSIÓN DE RESULTADOS.....	25
6. CONCLUSIONES.....	29
7. RECOMENDACIONES	29
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
ANEXOS	36

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Matriz de objetivos.	5
Cuadro 2. Marco jurídico.	17
Cuadro 3. Cronograma de Gantt.....	22
Cuadro 4. Presupuesto.....	24

LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Ubicación geográfica IPS FAME	8
--	---

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Nivel de cumplimiento de las buenas prácticas de seguridad del paciente separada por estándares	27
--	----

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfico 1. Nivel de aplicación lista de chequeo buenas prácticas de seguridad del paciente de acuerdo con el nivel de complejidad.	25
Grafico 2. Nivel de cumplimiento general según el instructivo de la lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias en el sistema único de habilitación en la clínica IPS FAME en el año 2018.	26

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. ÁRBOL DE PROBLEMAS	36
Anexo 2. ÁRBOL DE SOLUCIONES	37
Anexo 3. LISTA DE CHEQUEO BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE OBLIGATORIAS POR EL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN	38
Anexo 4. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	74
Anexo 5. FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR	81
Anexo 6. PLAN DE MEJORAMIENTO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	82

1. PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente. (1).

El objetivo del Programa de Seguridad del Paciente es prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención mediante el diseño de planes de mejoramiento, científica y metodológicamente aprobados, para su ejecución y así establecer un entorno seguro en la atención en salud. (2)

Según el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, la seguridad del paciente es transversal a los componentes planteados por el mismo y este es elemental para el correcto funcionamiento de toda institución prestadora de servicios de salud, ya que afecta de manera directa en los procesos que se apliquen, por tanto, es importante la implementación de prácticas seguras y de calidad para dar continuidad a los servicios. (3)

La IPS FAME se ve en la necesidad de mejorar diferentes procesos mediante la recomendación planteada por la Secretaria de Salud de Manizales, a través de auditorías realizadas en noviembre del año 2017, donde se evidenciaron diferentes hallazgos, entre ellos, la falta de ejecución del programa de Seguridad del Paciente en cuanto a mecanismo y estrategias de mejoramiento continuo, que son fundamentales para lograr brindar servicios eficientes y de calidad, acorde a la Política Nacional de Seguridad del Paciente, planteada por el Ministerio de Salud y Protección Social (1), donde se le garantiza a la población colombiana, que se brinden servicios, continuos, oportunos, seguros, accesibles y con óptima calidad; Además de esto, se evidencia que no se ha logrado un compromiso institucional pleno referente a seguridad, ya que aún no existe en la institución una cultura de seguimiento de eventos adversos y su metodología de reporte, falta de capacitación, socialización y documentación en los trabajadores respecto a temas de seguridad del paciente, falta de apoyo y compromiso a nivel gerencial, sumado a la no existencia de diferentes protocolos que se requieren obligatoriamente para el buen funcionamiento como: protocolos de limpieza y desinfección, bioseguridad, gestión de residuos hospitalarios, correcta identificación del paciente, entre otros, que afectan indirectamente la seguridad de los usuarios.

Es por ello que la IPS FAME requiere orientación en el tema esencial “el Programa de Seguridad del Paciente”, para el buen funcionamiento de todos los procesos y es que a pesar de que la institución cuenta con una política institucional orientada a la seguridad del paciente y que sus objetivos están encaminados a la seguridad, si no se realiza una intervención oportunamente, el logro de estos se encontrarían lejos; Por lo que se hace indispensable generar acciones que respondan a lo ya visionado por la institución.

1.2 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA

¿Cuál es el grado de implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias en el sistema único de habilitación en la IPS FAME?

2. JUSTIFICACIÓN

En el año 1999 en Estados Unidos sale a luz pública el informe llamado “Errar es humano” realizado por el Instituto de Medicina, donde dice que entre 44 y 98 mil personas mueren en los hospitales estadounidenses cada año como resultado de errores que podrían haberse prevenido, (4) es partir de allí que la seguridad del paciente ha adquirido importancia en todo el mundo y ha sido de gran interés para los organismos internacionales relacionados con la salud, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde está, ha decidido formar una alianza con otros líderes mundiales de salud con el fin de reducir el número enfermedades, lesiones y muertes que ocurren como consecuencia de errores en la atención en salud. (5)

La seguridad del paciente entonces pasa a ser un pilar fundamental, para hablar de la calidad de la prestación de los servicios, ya que cuando se logra la mejoría de los pacientes, sin causar daño alguno, se produce en los pacientes y familia la satisfacción, que permite a los prestadores de servicios de salud, ser competitivos frente a otros, además de posicionarlos en el mercado (6).

Por tanto en Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social establece que implementar la Política de Seguridad del Paciente es de obligatorio cumplimiento para todos los prestadores de servicios de salud. (1)

Es igualmente como la reglamentación colombiana establece que los prestadores de servicios de salud, las entidades promotoras de salud, las empresas administradoras de planes de beneficios, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas, las empresas de medicina prepagada y a las entidades departamentales, distritales y municipales de Salud, tienen el compromiso y la responsabilidad de brindar al paciente, a su familia y a la población en general servicios de salud oportunos y de óptima calidad,(7) para lo cual dichos actores de salud deben cumplir con las pautas fundamentales para lograr el funcionamiento de un establecimiento de salud en donde se incluya: un recurso humano competente, calificado y éticamente comprometido con la salud de los pacientes y con el servicio que se les presta, con la infraestructura adecuada, tecnología que apoye el diagnóstico confiable del paciente y además permite brindar un tratamiento adecuado, entre otros criterios que favorezcan siempre a los pacientes en cuanto a un servicio eficiente, eficaz, seguro, oportuno y de calidad. (8)

Teniendo en cuenta entonces lo establecido por el ente regulador y responsable de la verificación de los estándares de habilitación que ha definido el Ministerio de Salud y Protección Social, una herramienta esencial para desarrollar el presente trabajo es el conocimiento y manejo del manual de buenas prácticas de seguridad del paciente de establecimientos de salud, el cual contiene un conjunto de requisitos que han sido diseñados mediante la metodología de “estándares” que se definen como un conjunto de expectativas explícitas, predeterminadas por una autoridad competente que describe el nivel aceptable de rendimiento de una institución y determinan el nivel de exigencia para cada área a evaluar, garantizando así, la salud y seguridad pública, cuyo propósito es entender que la seguridad del paciente es transversal a todos los componentes en salud. (9)

Lo anterior implica la importancia de hacer un seguimiento continuo en el Programa de Seguridad del Paciente para lograr entre otras la cultura de seguridad en el personal de salud y la implementación de estrategias para el mejoramiento de la institución, además de crear conciencia de la importancia de implementar en el servicio las practicas seguras para la optimización del mismo.

Es por ello que con el presente trabajo se busca evaluar el cumplimiento de la Política de Seguridad del Paciente de acuerdo a la normatividad vigente colombiana, en la clínica IPS FAME en Manizales, Caldas mediante la aplicación de la lista de chequeo de buenas prácticas de seguridad del paciente establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social, permitiendo la realización a través de auditorías internas y documentación entregada por la institución. De igual manera, se pretende hacer un plan de mejoramiento que permita establecer acciones correctivas efectivas, a partir de las debilidades o falencias encontradas, con el fin de brindar servicios de salud con calidad de tal modo que pueda posicionarse en la ciudad de Manizales como una IPS reconocida por sus excelentes servicios, lograr la calidad esperada y la satisfacción del cliente, para ser guía o ejemplo para otras instituciones.

3. OBJETIVOS

3.1 GENERAL

Determinar el grado de implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente, obligatorias en el sistema único de habilitación de la IPS FAME del municipio de Manizales, en el primer trimestre del año 2018, con el fin de generar un plan de mejoramiento de acuerdo a los hallazgos.

3.2 ESPECIFICOS

- Realizar la auditoria al programa de seguridad del paciente acorde a la normatividad
- Proponer el plan de mejoramiento de acuerdo a los hallazgos

3.3 MATRIZ DE OBJETIVOS

Cuadro 1. Matriz de objetivos.

OBJETIVO	CONCEPTO	VARIABLE	DEFINICION	INDICADORES
Realizar auditoría al programa de seguridad del paciente acorde a la normatividad.	Calificar la lista de chequeo para evaluar buenas prácticas de seguridad del paciente.	Reporte de eventos adversos	Informe del resultado de atención en salud que produjo daño no intencional.	Número total de eventos adversos presentados en la institución.
		Programa de seguridad del paciente establecido.	Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.	Numero de protocolos establecidos que fortalecen el programa de seguridad del paciente.
		Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud.	Modificar o disminuir condiciones de riesgo existente.	% cumplimiento de adherencia a los protocolos institucionales. Número de infecciones asociadas a la atención en salud.
		Correcta identificación del paciente.	Estrategia que lleva diferentes acciones para prevenir errores en el proceso asistencial.	% Adherencia al protocolo identificación del paciente. Total de errores en la identificación de muestras de laboratorio, electrocardiograma, ecografía.
		Prevención de caídas.	Cuidados que deben ser prestados para mantener cubierta la necesidad de seguridad del paciente y su entorno mientras este en una institución de salud.	Número total de caídas.
Proponer el plan de mejoramiento de acuerdo a los hallazgos.	Diseñar la matriz 5W2H para generar estrategias de mejoramiento.	Identificar las falencias de la institución.	Herramienta para identificar causas.	Número total de fallas identificadas en la institución.
		Identificar causas de las falencias encontradas.	Herramienta para planificar oportunidades de mejora.	Número de causas priorizadas.
		Definir acciones a realizar.	Priorizar actividades más importantes para cumplir con los objetivos.	Número de acciones a mejorar.

4. MARCO TEÓRICO O REFERENCIAL

4.1 MARCO DE ANTECEDENTES.

La seguridad del paciente surge a partir de la documentación de la incidencia de eventos adversos que impactan negativamente en la calidad de la atención en salud, tal como se indicó en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud en 2002 (10) en la que se mostró el alto costo de estos eventos en términos materiales y de oportunidad para los servicios de salud, y más importante aún, como determinante en la vigilancia y mantenimiento del bienestar del paciente. Esta temática ha sido abordada desde finales del siglo pasado, pero sólo a partir del año 2000, con la publicación del libro *"Errar es Humano"*, del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de América, se dimensionó el impacto de los errores en los procesos de atención en salud. (11) Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en los países en vía de desarrollo, el 77% de los eventos adversos corresponden a casos de medicamentos adulterados y de baja calidad, el mal estado de la infraestructura y de los equipos médicos, el escaso control de las infecciones y la falta de cultura hacia la seguridad del paciente, entre otros, conducen a una mayor probabilidad de ocurrencia de eventos adversos evitables. (12)

Es por ello que para la elaboración y desarrollo de este trabajo de grado se hizo de mayor importancia hablar sobre seguridad del paciente ya que se considera pilar fundamental en el desarrollo de un buen funcionamiento en el sistema de salud, debido a todos los aspectos que en él se enmarcan; la seguridad del paciente es el centro de una atención con calidad debido a que si su ejecución se da con todas las medidas necesarias tendientes a evitar errores la atención en salud cobraría importancia en la historia de la humanidad, por ende las entidades territoriales se han enfocado en su mejoramiento y la intervención por parte de gobiernos debería hacerse más presente razón por la cual todas las entidades responsables de la atención de usuarios se harían más conscientes de la responsabilidad que llevan en sus hombros, no solo es equivocarse y afrontar errores también estamos hablando de las muertes que han sido producto de todas las falencias que alrededor de este tema se enfocan; (13) Por lo tanto, los profesionales de la salud están llamados a hacerse parte, a nivel personal e institucional, de las iniciativas que buscan estudiar y disminuir el impacto negativo de esta problemática en los sistemas de Salud. La OMS, respondiendo a esta problemática, ha propuesto lineamientos que se exponen a través de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. (14)

La seguridad del paciente en todo su entorno tiene una gran cantidad de implicaciones debido a que su entorno radica en tantos hechos como lo son, el bajo aporte de recursos al sector salud, los dineros desviados, el negocio lucrativo que responde a la reducción de costos, la baja oferta del personal especializado, la deshumanización, las intensas horas laborales, las múltiples responsabilidades para los trabajadores de la salud con el propósito de optimizar recursos, la falta de cultura tanto de pacientes como empleadores y empleados, solo por mencionar algunos aspectos de los muchos que afectan una verdadera seguridad del paciente (15).

De hecho en una revisión bibliográfica de bases de datos contenidas con literatura indexada en el año 2015, se concluyó que la seguridad del paciente implica cuidado y auto cuidado, varios mecanismos

pueden ser utilizados para promover la seguridad. Siendo mencionados también cada uno de los programas que hacen parte de la seguridad del paciente con mayor probabilidad de identificación del error si se siguen paso a paso la correcta verificación del quehacer (16).

El entorno del sector del salud implica la actuación de muchos profesionales de la salud, y todos tienen el compromiso y la responsabilidad de brindar una atención segura para sus usuarios, pero indiscutiblemente es enfermería quien tiene una mayor responsabilidad en cuanto al cuidado y a la obtención de mejoría de la salud de quienes en algún momento carezcan de ella, por lo tanto el estudio mencionado anteriormente pospone la enfermería directamente relacionada con la ocurrencia de los eventos adversos asociados a errores (17), si bien es cierto todos somos aptos para la ocurrencia de errores más en un ambiente hospitalario y expuestos a ejercer una profesión que cada día nos suma al quehacer diario más responsabilidades, sin ser ello una excusa para presentarse fallas de este tipo que en algunos de los casos causan muertes, conllevándonos a una serie de implicaciones legales en las que siempre debemos responder, es así como enfermería lleva en su quehacer diario la responsabilidad de la seguridad del paciente así como el valor agregado de la humanización, que hace referencia al trato digno a los usuarios, la sobrecarga laboral implica un factor crucial ya que debido al afán de cumplir con estas labores des enmarcamos el ámbito del cuidado por tanto, la práctica de la enfermería debe estar centrada en el cuidado, con respaldo del conocimiento, en el diálogo y en el establecimiento de relaciones interpersonales satisfactorias, y basada en actitudes y habilidades en la promoción de un ambiente seguro, al poder promover cuidados sin que haya ocurrencia de daños y, por ello, una sensación de seguridad (18).

Como cuidadores de salud, los profesionales están llamados a apreciar la calidad del servicio que ofrecen y estando esa calidad asociada a la seguridad, esta pasa a ser estrategia esencial para la excelencia del cuidado a ser prestado.

Entre tanto la cultura de seguridad según la literatura corresponde a un grupo de creencias y actitudes que surgen a partir del desarrollo investigativo y la práctica diaria, encaminadas a proporcionar un máximo de bienestar al sujeto de cuidado. Este término abarca tanto el conocimiento como la puesta en marcha de iniciativas que respondan a los Lineamientos de Seguridad del Paciente vigentes en Colombia, contenidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS). Según el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, constituye el ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente, los cuales deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre ellos y los profesionales y la comunidad. (3)

Por ello en los últimos años se ha implementado a gran escala la cultura de la notificación del error se trata de un relato detallado escrito por los profesionales involucrados acerca de las circunstancias que rodean a este. Esta notificación sólo se torna real cuando se da la cultura del diálogo abierto sobre el error, donde no se prioriza la identificación de los culpables y así, la busca de la mejora del cuidado y prevención de la ocurrencia de nuevos fallos, que pueden derivarse tanto del hombre, como de la complejidad del sistema de salud (19).

Entre tanto esta cultura hace parte de la Política de Seguridad del Paciente invitando a todos los actuantes del cuidado en ambiente hospitalario para no esconder los errores sino tener la oportunidad de comentarlos y así hacer de ellos soluciones para propender por su no ocurrencia, la política hace

MISIÓN: somos una IPS privada con compromiso social que ofrece servicios de salud en el primer nivel de atención a usuarios de Manizales y su área metropolitana, independiente de su régimen de afiliación, con criterios de seguridad, oportunidad y efectividad que redunden en el bienestar laboral, la satisfacción y calidad de servicio.

VISIÓN: clínica FAME IPS S.A será al año 2016 reconocido en el área regional por el cumplimiento de altos estándares de calidad en la prestación de servicios de salud ambulatorios con solidez financiera, sentido humano y en busca del bienestar integral de nuestros usuarios.

VALORES INSTITUCIONALES:

PERTINENCIA: valor en el que se considera a cada uno de los miembros de nuestra comunidad o grupo como familia y, por tanto, junto con esa persona se asume y afrontan sus triunfos y desgracias. La pertinencia no se infiere, se siente.

LEALTAD: característica que conlleva al ser humano a ser fiel y agradecido a una persona o entidad, la lealtad consiste en nunca abandonar o dejar a su suerte a una persona, grupo social o país. Lo contrario de lealtad es traición.

CALIDAD: conducta que persigue la perfección posible, tanto en uno mismo como en las acciones que realiza. Se practica cuidando los detalles y superando deficiencias.

COMPROMISO: lleva a las personas a involucrarse con entusiasmo en tesón en la solución de los problemas. En las causas comunes de un grupo y en la palabra empañada.

POLÍTICA SEGURIDAD DEL PACIENTE: es el conjunto de elementos estructurales, procesos e instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente comprobadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias.

Conjunto de medidas que se ponen en práctica para minimizar y reducir al mínimo eventos adversos en la atención de salud.

Ello incluye desde el mejoramiento de acciones cotidianas como los cuidados de enfermería al lavado de manos y todos los procedimientos médicos y de enfermería hasta la investigación de eventos adversos para encontrarles solución y difundir resultados.

POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

La política de seguridad del paciente en la clínica FAME es el conjunto de prácticas institucionales tendientes al aumentar los niveles de seguridad en la prestación del servicio protegiendo con ello al paciente de riesgos evitables derivados de la atención de salud.

Nuestro objetivo es el de desarrollar la cultura de seguridad para el usuario, fomentando en nuestros colaboradores, en los pacientes y en sus familias el desarrollo de identificación, prevención, y gestión de riesgos relacionados con el proceso de atención. Nuestras acciones se encaminan en la búsqueda de la satisfacción de nuestro usuario y su familia en cuanto a salud y mejor bienestar.

4.2 MARCO DE REFERENCIA

La seguridad del paciente en el ámbito de salud se refiere al “conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias”. (24)

La seguridad del paciente en Colombia se posiciona como una necesidad, a causa de múltiples subprocesos los cuales involucran muchos derechos en los pacientes e inclusive su núcleo familiar, todo esto con el fin de garantizar el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de los servicios de salud evitando la causa de daños y/o lesiones irreversibles en los procesos de salud, desde que el paciente ingresa a una institución hasta su egreso. (25)

Este macro proceso hace parte de múltiples acciones en la atención, por lo mismo es necesario que cada institución adopte su Política de Seguridad del Paciente, política de calidad, derechos y deberes para el usuario y de su mano los mismos para la institución ya que es un proceso articulado entre la organización y por ende el paciente y su familia (26); tras las investigaciones los eventos adversos, incidentes y eventos centinela, han sido importantes para que mediante los entes reguladores del cumplimiento de los procesos en salud sean óptimos oportunos y seguros para los pacientes, se ha podido concluir que este es el marco y desenlace de una mala, deficiente buena y/o excelente atención; cabe destacar que en la actualidad se ha logrado mejoría y que las instituciones ya se evidencian con más compromiso a la labor de hacer cumplir con el derecho a la vida en todas sus dimensiones, pero también algunas de estas tecnologías o malas estrategias han desorganizado el clima organizacional, generando en los profesionales incertidumbre e inseguridades en la prestación de los servicios (27), todo está a causa de la presión que ejercen las empresas para la prestación de servicios en salud, con esto se quiere hacer énfasis en que las estrategias se han hecho ver como punitivas mas no como un propósito de mejoramiento para los pacientes y sus familias (28), por lo tanto se considera que el logo de errar es humano, es algo de lo que hay que hacer énfasis para que el personal que brinda servicios asistenciales sea más precavido; Por otro lado son responsables las organizaciones de realizar programas de re inducción, tener idóneo personal de calidad para cronogramas de capacitación, campañas de acompañamiento con los usuarios, con el fin de tener personal altamente calificado con adecuado conocimiento y si no es el caso, lograr que el personal tome la suficiente confianza para manifestar el “no se “ no por miedo hacer y/o realizar actividades que puedan afectar al paciente. (29)

Culturizar no es una tarea fácil, pero por lo mismo se considera que las organizaciones deben brindar ese valor de confianza, para lograr el reporte de los eventos o cualquier circunstancia en la que se vea implicado el proceso de salud del paciente negativamente, con esto ya se podrían tomar estrategias, lluvia de ideas para disminuir, detectar, mitigar la presencia de eventos, lo importante es hacer algo y hacer cumplir a cabalidad la normatividad y políticas propiamente de las instituciones para lograr prácticas seguras. (30)

En estados unidos en el año 2000 logro un impacto para la sociedad a nivel mundial, bajo los estudios realizados por el Instituto Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de América que concluyeron que cada año ocurren entre 44.000 y 98.000 muertes como resultado de los errores en la prestación de servicios en la instituciones de salud de Norteamérica. (31)

Esta fue una alarma para reflexionar en las empresas de salud y empezar a trabajar por prácticas seguras, es por esto que cada vez los programas de seguridad del paciente deben ser más rigurosos. Porque la vida del paciente puede estar en riesgo desde muchos ámbitos como emocional, físico, confort; añadido la buena selección del personal que en últimas son los que hacen que esto sea posible, la adherencia a los protocolos y las instituciones hacer cumplimiento de todo lo establecido por la ley para prestar los servicios y lograr que el paciente se sienta dignamente en su proceso de enfermedad y de recuperación o si es el caso de su tratamiento paliativo. (32)

Las herramientas para obtener un programa de seguridad del paciente para que sea realmente seguro, se debe hacer bajo la supervisión diaria para dar continuidad de lo contrario no podrían haber resultado efectivos, para que sea efectivo deben ser medibles y esto se genera bajo índice de indicadores que muestren que la curva es disminuida o elevada en la presencia de eventos adversos, incidentes, eventos centinela. (33)

Es importante hacer énfasis que los estudios a partir del año 2015 muestran más evidencia de la adopción a prácticas seguras entre estas la de lavado de manos, ya es una práctica a la cual se le ha dado mucha importancia y los resultados han mostrado efectividad puesto que el personal asistencial de las instituciones conocen los 5 momentos y las técnicas adecuadas para el lavado de manos, podríamos concluir que entre tantos procesos en el programa de seguridad del paciente, (34) este puede ser el que más tenga adherencia en el momento que otros, por lo que se debería realiza la misma técnica para alcanzar mejores resultados sin desconocer que las instituciones trabajan para su reporte y ante todo el evitar de que suceda.

El Sistema Obligatorio de Garantía para la Calidad en Salud va implícito en una responsabilidad mayor velar por que los profesionales de la salud tengan visión científica y siempre estén en pro de las necesidades de los pacientes, como responsabilidad social, con disciplina que le permita al paciente confiar en una atención segura, oportuna, con calidad y ante todo con humanización. (35)

Cabe destacar que las empresas de salud requieren desde el gerente de la organización, tener el conocimiento y brindar la importancia a la seguridad del paciente, es evidente que si no hay compromiso y entrega en este proceso el resto del organigrama fallara y a su vez el resto de profesionales operarios fallarán y en conclusión el paciente puede morir y/o muchos eventos ocurrirán. (36)

La estrategia de seguridad propende porque cada vez nuestras instituciones y nuestros profesionales sean más hábiles en identificar los errores más frecuentes que suceden durante el proceso de atención, aprendan a gestionarlos y a prevenirlos instaurando progresivamente la cultura de seguridad del paciente. Es congruente con la tendencia mundial en calidad en salud y se da como consecuencia del avance del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud normado por el Decreto 1011 de 2006 que hace énfasis en los resultados que se consiguen en el paciente, y es posible, de ser desarrollada por el buen nivel técnico-científico de nuestros profesionales de la salud.

Ya se ha obtenido avances significativos en el despliegue de la estrategia de Seguridad del Paciente:

- Los resultados obtenidos en cuanto a cierre de instituciones y consultorios de profesionales independientes que no cumplían con los requisitos básicos de habilitación.

- La profundización del enfoque a riesgo en cuanto a la verificación de los estándares de habilitación; lo cual se ha traducido en la formación, a la fecha, de más de 1000 verificadores en los diferentes diplomados dictados en el país.
- El despliegue en instituciones de la estrategia de vigilancia y de gestión de eventos adversos normada por la Resolución 1446 del 2006, la cual se ha traducido en el reporte, hasta el momento, por parte de más de 700 instituciones colombianas, de estar desarrollando su estrategia de vigilancia de eventos adversos.
- Las primeras publicaciones en la página web del Ministerio de los resultados de los indicadores de calidad normados por la Resolución 1446 del 2006, los cuales se organizan en varios dominios. Los correspondientes a los dominios de calidad técnica y gerencia del riesgo del sistema de información para la calidad, da una idea del estado de la seguridad del paciente en nuestro país. (37)

4.2.1 Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente

Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

4.2.1.1 Los principios orientadores de la política

Alcanzar el propósito de establecer una atención segura, va más allá del establecimiento de normas; estas son solamente el marco de referencia. Es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos. Los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud. Para el efecto resulta relevante establecer unos principios transversales que orienten todas las acciones a implementar. Estos principios son:

1. Enfoque de atención centrado en el usuario. Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.
2. Cultura de Seguridad. El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente
3. Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes.
4. Multicausalidad. El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.
5. Validez. Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.

6. Alianza con el paciente y su familia. La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.
7. Alianza con el profesional de la salud. La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.

4.2.1.2 Objetivos de la política de seguridad del paciente

1. Direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura
2. Disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes.
3. Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.
4. Coordinar los diferentes actores del sistema hacia mejoras en la calidad de la atención, que se evidencien en la obtención de resultados tangibles y medibles.
5. Homologar la terminología a utilizar en el país.
6. Educar a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos.
7. Difundir en la opinión pública y los medios de comunicación los principios de la política de seguridad del paciente
8. Articular y coordinar con los principios, los objetivos y las estrategias de la seguridad del paciente a los diferentes organismos de vigilancia y control del sistema. (1)

4.2.2 Guía Técnica Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud

Establece las recomendaciones que pueden tener en cuenta las Instituciones para incentivar, promover y gestionar la implementación de prácticas seguras de la atención en salud, incluye cuatro grupos que buscan:

- Obtener procesos institucionales seguros
- Obtener procesos asistenciales seguros
- Involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad
- Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales

Se considera que una institución que implemente las recomendaciones de ésta guía tendrá una alta probabilidad de proteger a sus pacientes, de acuerdo al perfil de riesgo del país. (2)

4.2.3 Lista de chequeo buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorio en el sistema único de habilitación

Esta lista de chequeo obligatoria para las buenas prácticas de seguridad de pacientes, es un insumo muy importante, y que incluye los nuevos ítems a verificar a partir de ahora, en las IPS de baja, mediana y alta complejidad. Que incluye:

1. Contar con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de los eventos adversos.
2. Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente
3. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención de salud
4. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos
5. Asegurar la correcta identificación de los pacientes en los servicios asistenciales
6. Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos
7. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas
8. Prevenir las úlceras por presión
9. Garantizar la atención segura del binomio madre hijo
10. Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea (7)

4.3 GLOSARIO

ATENCIÓN EN SALUD: servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud. (1)

EVENTO ADVERSO: Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

EVENTO ADVERSO PREVENIBLE: Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

FACTORES CONTRIBUTIVOS: son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa). Los factores contributivos considerados en el Protocolo de Londres son:

- **Paciente:** un paciente que contribuyó al error. Ejemplo: paciente angustiado, complejidad, inconsciente.

- **Tarea y tecnología:** toda la documentación ausente, poco clara, no socializada, que contribuye al error. La tecnología o insumos ausente, deteriorada, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa, contribuyen al error. Ejemplo: ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar, tecnología con fallas.
- **Individuo:** el equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.) que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: ausencia o deficiencia de habilidades y competencias, estado de salud (estrés, enfermedad), no adherencia y aplicación de los procedimientos y protocolos, no cumple con sus funciones como diligenciamiento adecuado de historia clínica.
- **Equipo de trabajo:** todas las conductas de equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.) que contribuyen al error. Ejemplo: comunicación ausente o deficiente entre el equipo de trabajo (por ejemplo en entrega de turno), falta de supervisión, disponibilidad de soporte (esto se refiere a interconsulta, entre otros).
- **Ambiente:** referente al ambiente físico que contribuye al error. Ejemplo: deficiente iluminación, hacinamiento, clima laboral (físico), deficiencias en infraestructura.
- **Organización y gerencia:** referente a las decisiones de la gerencia que contribuyen al error. Ejemplo: políticas, recursos, carga de trabajo.
- **Contexto institucional:** referente a las situaciones externas a la institución que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: decisiones de EPS, demora o ausencia de autorizaciones, leyes o normatividad etc. (38)

FALLAS ACTIVAS O ACCIONES INSEGURAS: son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño o evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.). (38)

FALLAS LATENTES: son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (Personal administrativo) (1)

FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD: una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión) en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por, definición, no intencionales. (1)

INCIDENTE: es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención. (1)

INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA: un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso. (1)

SEGURIDAD DEL PACIENTE: es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por

minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. (1)

4.3.1 MeSH o DeCs

SERVICIOS DE SALUD

PACIENTES

TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS, PROFESIONAL PARA EL

PACIENTE

SEGURIDAD DEL PACIENTE

DAÑO AL PACIENTE

4.4 MARCO JURÍDICO

Cuadro 2. Marco jurídico.

NORMA Y AÑO	OBJETO DE LA NORMA
CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA DE 1991	Máxima ley en Colombia Art. 49 establece que la salud es un derecho fundamental y un servicio público.
LEY 100 DE 1993	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones
ALIANZA MUNDIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE OCTUBRE DE 2004	Creada con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo, la Alianza es un medio que propicia la colaboración internacional y la acción de los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS; expertos, usuarios y grupos de profesionales y de la industria.
DECRETO 1011 DEL 3 DE ABRIL DE 2006	Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud
RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006 8 DE MAYO DE 2006	Anexo técnico N. 1 Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones
LEY 1122 DE ENERO 9 DE 2007	Por la cual se hacen algunas modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones
LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA JUNIO DE 2008	Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente
RESOLUCIÓN 0123 DE 2012	Por la cual se modifica el artículo 2 de la resolución 1445 de 2006

RESOLUCIÓN 1841 DE 2013	Por la cual se establece el Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021
RESOLUCIÓN 2003 DE 2014	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud
RESOLUCIÓN 256 DE 2016	Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud

5. METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo cuantitativo observacional, descriptivo, de corte transversal retrospectivo; se pretende generar estrategias de mejoramiento, con el fin de llevar un proceso continuo en el mejoramiento partir de un diagnóstico y a su vez identificar la situación en la que se encuentra La IPS FAME, bajo la revisión de la normatividad vigente para prestar servicios con calidad en la entidad.

5.2 POBLACIÓN

Corresponde a la clínica IPS FAME la cual es una institución clasificada en el primer nivel de prestación de servicios de salud, de origen privado; se encuentra ubicada en Manizales, Caldas dirección: carrera 21 N° 23 – 26

5.3 MUESTRA

La muestra corresponde al universo ($n= U$), para este estudio es la clínica IPS FAME.

5.4 UNIDAD DE OBSERVACIÓN

La clínica IPS FAME donde se aplicara la lista de chequeo buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias en el sistema único de habilitación, establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Ser funcionario de la IPS en el área de calidad y coordinador de la institución, los cuales entregarán la información solicitada.

5.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Para este trabajo no se contemplan criterios de exclusión

5.7 VARIABLES

Ver anexo operacionalización de las variables

5.8 PLAN DE ANÁLISIS

5.8.1 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para la recolección de datos se adoptará la lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias en el sistema único de habilitación del Ministerio de Salud y Protección Social, la información se obtendrá, a través de observación y la documentación entregada por la institución.

5.8.2 VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

La lista de chequeo fue formulada por el Ministerio de Salud y Protección Social, para su obligatorio diligenciamiento según la resolución 2003 del 2014.

5.8.3 TABULACIÓN DE LOS DATOS

Se aplicó la lista de chequeo buenas prácticas para la seguridad del paciente la cual permitió consolidar la información, a cada uno de los 10 ítems aplicables a la institución se les dio un puntaje de 1, 3 o 5, de acuerdo al instructivo de la lista de chequeo donde 1 es la puntuación más baja, 3 la puntuación media y 5 la más alta, cumpliendo con los requerimientos del Ministerio de Salud y Protección Social, entre tanto se realiza la sumatoria y se obtiene un total que denominamos nivel de cumplimiento.

5.8.4 PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se realizó la consolidación de la información en la lista de chequeo dándole una calificación y anotando las observaciones en una hoja en Excel y en los resultados encontramos una gráfica con el nivel de aplicación de la lista de chequeo buenas prácticas de seguridad del paciente, los resultados de niveles de cumplimiento se expresaron en forma de indicadores que evidencia un porcentaje de cumplimiento total, parcial y nulo de las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias en el sistema único de habilitación, (ver ficha técnica del indicador en anexos), con una grafica en forma de barras donde se agruparon de acuerdo a calificacion total, parcial y nula, por ultimo una tabla que nos ubica en el contexto de acuerdo al porcentaje de cumplimiento en cada uno de los estándares aplicados para instituciones de bajo nivel de complejidad.

5.9 COMPROMISO BIOÉTICO

En lo relacionado con la realizacion de la investigacion pertinente para la realizacion del trabajo de grado, plan de mejoramiento implementación del programa de seguridad del paciente IPS FAME se tomó como referencia la Resolución 008430 de 1993, mediante la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, entre tanto por ser este un trabajo de tipo investigativo documental y observacional sobre auditoría, se especificó el uso y el fin de los datos a recolectar, para cuidar la integridad de la información obtenida que garantice el bienestar de los sujetos involucrados, así como la garantía que esta investigación es sin riesgo, ya que se emplean técnicas y métodos de investigación documental y observacional y no se realiza ninguna modificación a las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en la realización del trabajo de investigación.

Considerando los principios éticos universales como el respeto hacia la voluntad y las opiniones de los participantes, la confidencialidad de la información que se recibirá, y la responsabilidad en el manejo de la misma al presentar resultados veraces.

El ser humano no es el sujeto de este estudio; es el Programa de Seguridad del Paciente y en especial la Política de Seguridad del Paciente. Por tanto, se trata de una investigación sin riesgo porque no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio. (39)

5.10 COMPROMISO MEDIOAMBIENTAL

Teniendo en cuenta la responsabilidad y el compromiso de la preservación del medio ambiente y teniendo conciencia de la importancia de la optimización de los recursos ecológicos, se utilizó el medio magnético con el fin de aportar a la naturaleza su protección y no mal uso de ella contribuyendo al no mal uso de sus recursos.

Para la realización de este documento no utilizamos hojas de papel, debido a que la protección del ecosistema es un compromiso de todos los seres humanos que habitamos este espacio natural por lo mismo es de vital importancia ejecutar practicas seguras que no perjudiquen nuestro medio ambiente.

5.11 RESPONSABILIDAD SOCIAL

De acuerdo con la resolución n° 008430 de 1993 (4 de octubre de 1993), por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, en la cual nos comprometemos a no realizar ningún daño a personas o animales.

5.12 POBLACIÓN BENEFICIADA

La comunidad de Manizales que asiste a la clínica IPS FAME, la clínica IPS FAME, la comunidad educativa y las estudiantes que realizan el trabajo.

5.13 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

5.13.1 CRONOGRAMA EN TABLA DE GANTT

Cuadro 3. Cronograma de Gantt

ACTIVIDAD SEMANA	NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
CONFORMACION DEL GRUPO PARA LA REALIZACION DEL TRABAJO																								
ELECCIÓN DEL TEMA ENTRE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO																								
VISITA A LA IPS PARA LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA DEL TEMA DEL TRABAJO Y APOORTE DE AUTORIZACIÓN DE LA EMPRESA																								
ENTREGA DE LA PROPUESTA DE TRABAJO DE GRADO EN LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA																								
FORMULACIÓN PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA																								
FORMULACIÓN DE OBJETIVOS Y JUSTIFICACIÓN																								
ASESORIA																								
PUESTA EN MARCHA Y EJECUCIÓN DE LA REALIZACIÓN DE LA PARTE TEORICA DEL TRABAJO																								

[illegible]

5.13.2 PRESUPUESTO

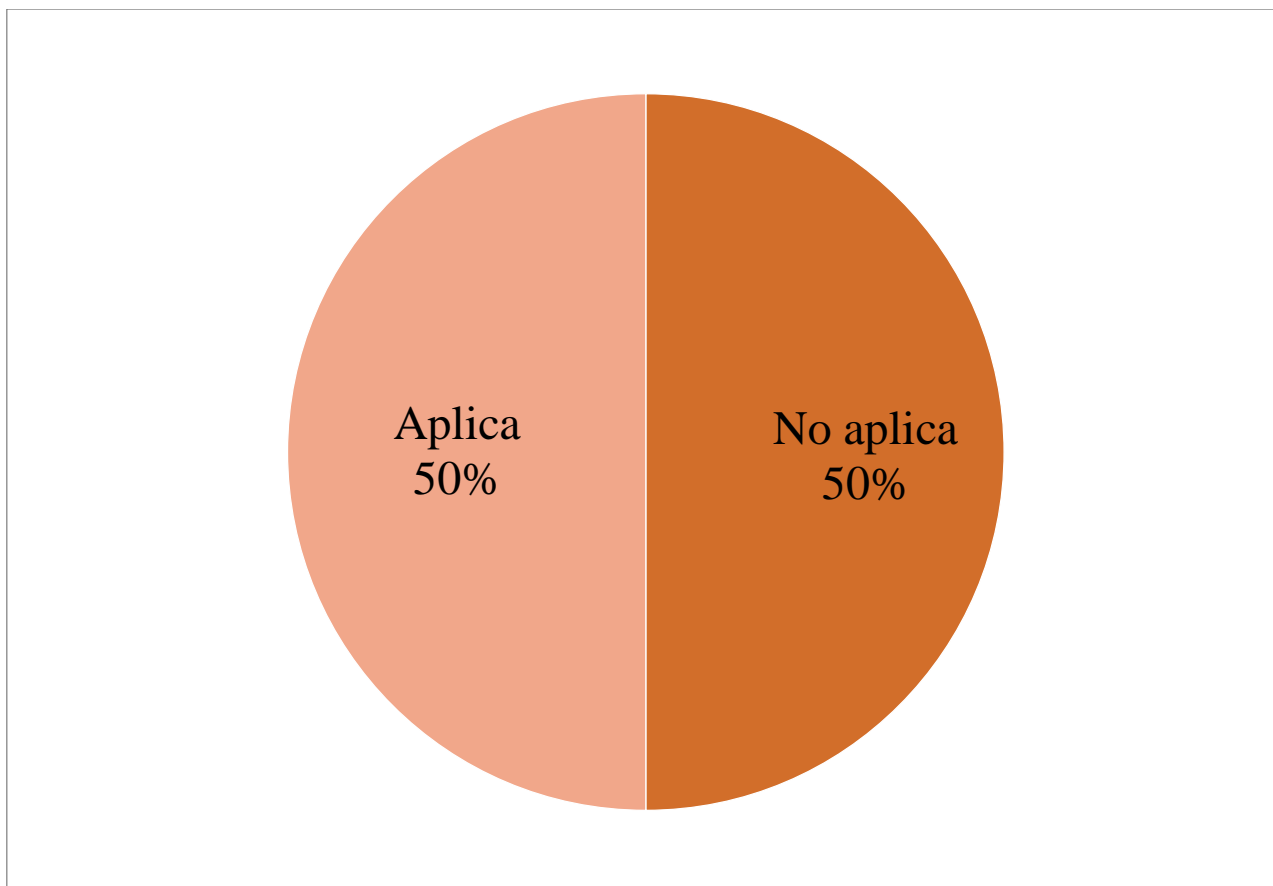
Cuadro 4. Presupuesto.

INSUMO	UNIDAD	CANTIDAD	VR UNITARIO	TOTAL
TALENTO HUMANO				
ASESORES 72 HORAS	5 HRS revisión tutorías	32 horas	108307	\$ 3.465.824
Estudiantes (4)	100 horas	400 horas	8000	\$ 3.200.000
INSUMOS				
Internet	1 mes X estudiante	4 meses	45000	\$ 180.000
papelería y otros			6000	\$ 6000
LOGISTICA				
Visitas a IPS	5 Visitas	4 pasajes X 5 visitas	100000	\$ 400.000
Almuerzos		4 almuerzos X 5 visitas	48000	\$ 240.000
Gastos adicionales			50000	\$ 50.000
TOTAL				\$ 7.541.824

5.14 DIFUSIÓN DE RESULTADOS

5.14.1 RESULTADOS

Gráfico 1. Nivel de aplicación lista de chequeo buenas prácticas de seguridad del paciente de acuerdo con el nivel de complejidad.



De los 64 ítems de la lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad del paciente aplican el 50% que corresponde a 32.

Aplicación de indicadores

- % de alto cumplimiento de las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias en el sistema único de habilitación = $\frac{\text{Sumatoria de los criterios con alto cumplimiento de las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias en el sistema único de habilitación}}{\text{sumatoria de criterios evaluados de las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias en el sistema único de habilitación}} * 100$.

% de alto de cumplimiento de las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias en el sistema único de habilitación = $8 / 32 * 100 = 25\%$.

- % de mediano cumplimiento de las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias en el sistema único de habilitación = Sumatoria de los criterios con mediano cumplimiento

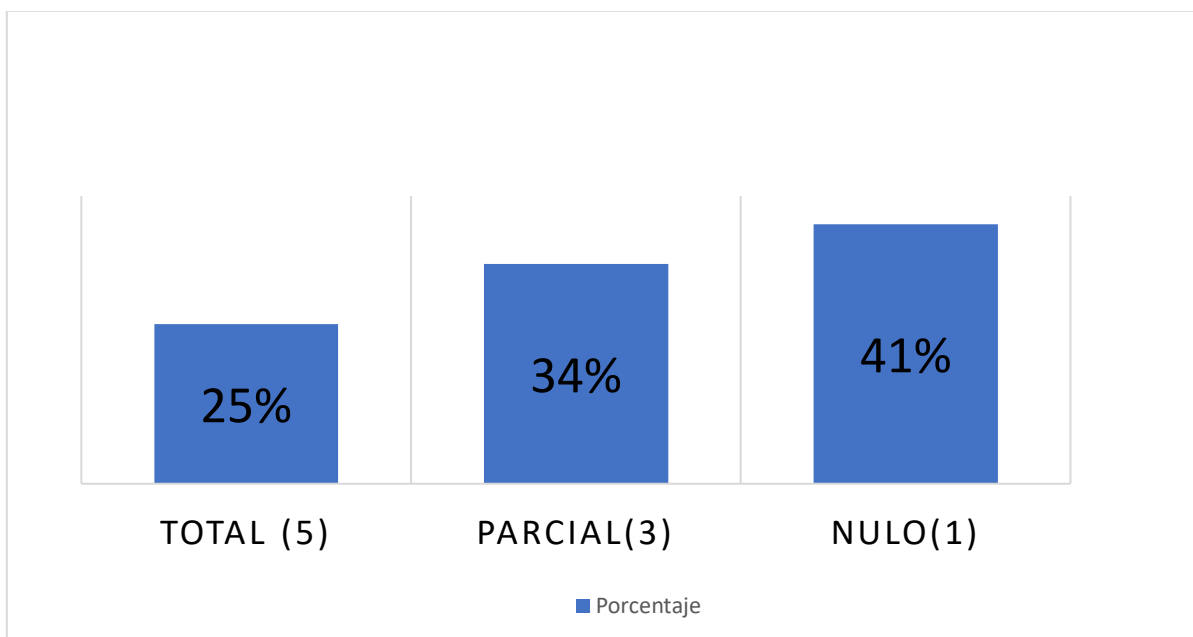
de las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias en el sistema único de habilitación / sumatoria de criterios evaluados de las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias en el sistema único de habilitación * 100.

% de mediano cumplimiento de las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias en el sistema único de habilitación = $11 / 32 * 100 = 34\%$.

- % de nulo cumplimiento de las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias en el sistema único de habilitación = Sumatoria de los criterios con nulo cumplimiento de las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias en el sistema único de habilitación / sumatoria de criterios evaluados de las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias en el sistema único de habilitación * 100.

% de nulo cumplimiento de las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias en el sistema único de habilitación = $13 / 32 * 100 = 41\%$.

Grafico 2. Nivel de cumplimiento general según el instructivo de la lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias en el sistema único de habilitación en la clínica IPS FAME en el año 2018.



El gráfico 2 muestra el cumplimiento en general de la institución en calificación cuantitativa; en la lista de chequeo se tiene establecido según el instructivo que para la calificación se usen los siguientes criterios de 1 a 5 o de no aplicación, siendo 1 la calificación más baja donde no se cumple con lo requerido, la calificación 3 corresponde a cumple parcialmente y la calificación de 5 hace referencia a que cumple en su totalidad con lo requerido en el ítem.

Entre tanto lo aplicado a la IPS FAME corresponde a los siguientes porcentajes:

- El 25% cumple con lo estipulado en la normatividad.
- El 34% corresponde a cumple parcialmente, ya que la política de calidad en la empresa existe pero no ha tenido hasta el presente la continuidad del proceso.

- El 41% hace referencia a los ítems que no cumplen con lo estipulado de acuerdo a la lista de chequeo de buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias en el sistema único de habilitación del Ministerio de Salud y Protección Social.

Tabla 1. Nivel de cumplimiento de las buenas prácticas de seguridad del paciente separada por estándares

Tabla 1. Nivel de cumplimiento de las buenas prácticas de seguridad del paciente separada por estándares	Porcentajes de cumplimiento de ítems
1. Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos	60%
2. Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente	20%
3. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud	60%
4. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos	73%
5. Asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales.	33%
6. Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos	No aplica
7. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.	40%
8. Prevenir las úlceras por presión	No aplica
9. Garantizar la atención segura del binomio madre hijo	No aplica
10. Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea	No aplica

En la tabla 1 se muestran los resultados de acuerdo al porcentaje de cumplimiento en cada uno de los estándares aplicables a la institución, determinando así el grado de aplicación de la normatividad dentro de la Política de Seguridad del Paciente instaurada en la institución y exigida por normatividad del Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo en cuenta que hacen parte de la lista de chequeo 10 estándares en total, de los cuales se aplican 6 estándares a la clínica IPS FAME debido a que su nivel de complejidad es bajo.

Como se puede observar existe mayor cumplimiento en el estándar 4 ya que la institución al momento de la utilización de medicamentos, las técnicas utilizadas se hacen garantizando la seguridad del paciente (73%), seguido por el estándar 1 que hace alusión a contar con un programa de seguridad que provee una plataforma estratégica de la seguridad, fortalecimiento de la cultura institucional, procesos seguros, reporte, medición, análisis y gestión de los eventos adversos, monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente, detectar, prevenir y reducir el riesgo de las infecciones asociadas a la atención de salud (60%), seguido por el estándar número 3 que hace referencia a detectar, prevenir y reducir el riesgo de las infecciones asociadas a la atención de salud (60%) continuando con el estándar número 7 aplicable a la institución procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas (40%), posteriormente el estándar 5 asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios (33%) y culminando la tabla el estándar 2 monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente (20%), los otros estándares no fueron aplicados

ya que la institución es de bajo nivel de complejidad y su porcentaje no tendría efectos para dicha tabla de resultados.

5.14.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Se describe a continuación el informe de la auditoría realizada en la clínica IPS FAME en la ciudad de Manizales Caldas, para evaluar el cumplimiento de los criterios preestablecidos en la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, según lineamientos de Ministerio de Salud y Protección Social.

Con el objetivo de evaluar el nivel el cumplimiento de las buenas prácticas de seguridad del paciente en la IPS FAME mediante la calidad observada frente a la esperada previamente establecida con el propósito de identificar falencias y proponer un plan de mejora basado en los hallazgos.

5.14.2.1 HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA

En el momento la IPS cuenta con los inicios de la implementación de la política de seguridad del paciente, retomando protocolos establecidos, actas y hallazgos pasados de una iniciación de un proceso caído en la institución por tanto la alta dirección realiza el compromiso de dar ejecución al programa de seguridad del paciente, a través de la política de seguridad que cumpla lineamientos nacionales, en el sistema institucional de reportes de incidentes y eventos adversos se realizan capacitaciones institucionales y planeación estratégica.

FORTALEZAS

- Se cuenta con una enfermera líder del programa de seguridad del paciente para su seguimiento y control en la evidencia de los indicadores de eventos presentados en la institución y a su vez con la tarea de sensibilizar al personal en las buenas prácticas seguras y generar cultura de reporte en la institución.
- Se crea y se establece comité de seguridad del paciente en la IPS Fame.
- Se realizan capacitaciones periódicas, y socializaciones en el comité con el fin de disminuir y/o mitigar la presencia de incidentes y/o eventos adversos.
- Se cuenta con protocolo de lavado de manos y su señalización pertinente en la institución.
- En la institución se realizan evaluaciones periódicas de conocimiento y se encuentran plasmadas en actas.
- Se cuenta con manual de bioseguridad institucional desarrollado y adoptado por la institución en el momento con actualización reciente.
- La institución cuenta con el manual de buenas prácticas de esterilización documentado y socializado.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

- La institución no cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio, esto se encuentra en proceso de ejecución.
- Se encuentra en proceso de adaptación la adherencia a las guías de manejo clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias que le apliquen y evidencia el mejoramiento continuo de dicha adherencia.

- En el momento se están realizando esfuerzos por medir constantemente los indicadores reglamentarios aunque no se ha logrado que la medición sea posible.
- La clínica no identifica los eventos adversos, ni se analizan con ninguna herramienta de causa raíz, ni tampoco se tienen definidas las barreras de seguridad del paciente.
- Se realiza auditoria y seguimiento continuo al personal asistencial en su adherencia al lavado de manos se cuenta con los elementos pertinentes, aunque apenas se va a empezar a realizar la documentación semestral.
- Se realiza medición de la adherencia a los procesos de bioseguridad mediante el seguimiento continuo y socialización en los respectivos comités, pero no se realiza evaluación semestral para medir la adherencia.
- No se cuenta con un mecanismo para medir el análisis de causa de la ocurrencia del evento adverso.
- No se evidencia documentación de protocolo de identificación de paciente.
- No se evidencia protocolo de riesgo de caídas de pacientes por lo tanto tampoco se realizan evaluaciones semestrales.
- Aunque la IPS cuenta con el manual de bioseguridad, no realiza medición semestral a la adherencia del cumplimiento del manual por parte de los profesionales que intervienen en la atención.

6. CONCLUSIONES

- En la institución se cumple con la política de seguridad del paciente solo en un 25% de los criterios definidos, teniendo en cuenta la lista de chequeo de buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias en el sistema único de habilitación de acuerdo con la resolución 2003 de 2014.
- Un avance importante en la implementación e institucionalización de la Política de Seguridad del Paciente es la mejora de seguridad al momento de la utilización de medicamentos con un 73%, además que la institución cuenta con una plataforma estratégica para la monitorización, la identificación y gestión de eventos adversos con un 60% y en la detección, prevención y reducción en el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud en un 60%.
- Se determinó el grado de cumplimiento de la política seguridad del paciente en la IPS FAME ubicada en Manizales – Caldas mediante la aplicación de la lista de chequeo buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias en el sistema único de habilitación establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social, calificados por medio de porcentajes donde los resultados menores dieron vía libre para la obtención de los hallazgos. El estándar con la menor calificación fue el de monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente con un 20%, seguido de asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales con un porcentaje de un 33%.

7. RECOMENDACIONES

- Se sugiere a los directivos de la clínica IPS FAME la incorporación del plan de mejoramiento sugerido por las estudiantes, para establecer acciones de adecuación e implementación a la política de seguridad del paciente ya instaurada por la institución, para así lograr el cumplimiento de la normatividad vigente y por ende dar continuidad con la garantía de la calidad en los procesos para beneficio del cliente interno como del externo.

- En la clínica IPS FAME se hace necesario continuar la Política de Seguridad del Paciente con una mayor gestión que muestre el compromiso de todos los entes relacionados con la IPS y su atención al usuario disponiendo así con un programa de Seguridad del Paciente con objetivos y acciones específicas a desarrollar que sean ejecutadas diariamente y evaluadas semestralmente tal como lo dicta la norma teniendo en cuenta que deben ser consensuadas con los profesionales, y este a su vez debe ser socializado y comunicado a todo el personal de la institución para el cumplimiento de dichos objetivos.
- Instaurar una metodología que muestre en los servicios de la clínica la identificación de los riesgos, evidenciando en cada proceso asistencial que se realiza en los diferentes servicios declarados, lo siguiente - Actividades del proceso - Modos de fallo de calidad que se pueden presentar. - Causas o factores contribuyentes para que se presenten las fallas. - Eventos adversos que pueden afectar al paciente, como consecuencia de las fallas o modos de fallo - Acciones de mejoramiento o Barreras de seguridad para eliminar las causas de los modos de fallo con el fin de evitar los eventos adversos.
- Involucrar al paciente a formar parte activa como apoyo para la disminución de sus propios riesgos durante la atención en salud.
- Se sugiere a directivos de la institución rediseñar visión, puesto que se encuentra desactualizada, además que incluya la seguridad del paciente haciendo alusión a que esta es transversal a todo lo que brindan en la institución.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia. Junio de 2008. Revisado el 12/12/2017.
2. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. PAQUETES INSTRUCCIONALES GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD”. Publicado en el año 2015. Versión 2.0. Revisado el 26/01/2018. Disponible en línea: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
3. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. Decreto 1011 de 2006. Revisado el 12/12/2017
4. Y. Agra, E. Terol. La seguridad del paciente: una estrategia del Sistema Nacional de Salud. Anales Sis. San Navarra vol.29 no.3 Pamplona sep. /dic. 2006. ISSN 1137-6627. Revisado el 22/01/2018. Disponible en línea: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000500001
5. Ceriani Cernadas, J. La OMS y su iniciativa "Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente". Arch. Argent. Pediatr. v.107 n.5 Buenos Aires Sep. /Oct. 2009. ISSN 1668-3501. Revisado el 1/02/2018. Disponible en línea: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752009000500001
6. Álvarez Heredia, F. Calidad y auditoría en salud. Segunda edición. ECOES EDICIONES. Publicado en el año: 2007. Revisado el 19/11/2017. Disponible en línea: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=sAMwDgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT17&dq=programa+de+auditoria+para+el+mejoramiento+de+salud&ots=xA3N6svHQL&sig=qA1p1ERRXgjRk--swMHo6j6p7HI#v=onepage&q&f=false>
7. Kerguelén, Botero, C. A. Calidad en salud en Colombia. Los Principios. Programa de Apoyo a la Reforma en Salud. PARS. Marzo 2008. ISBN: 978-958-8361-49-9. Revisado el 2/2/2018. Disponible en línea: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CALIDAD%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>
8. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. Resolución 2003 de 2014. Revisado el 07/03/2018 Disponible en línea: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20Nueva/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf>
9. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. Resolución 1841 de 2013. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Revisado el 19/11/2017.
10. Organización Mundial de la Salud, “55ª Asamblea Mundial de la Salud” calidad de la atención seguridad del paciente pág. 24, publicado el 18-mayo-2002 revisado el 17/02/2018 disponible en línea: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/258955/1/WHA55-2002-REC-1-spa.pdf>
11. Villaviel Pérez, JZ, Vol. 13 Núm. 51. “Errar es humano” publicado en Abril 2011 revisado el 17/02/2018 Disponible en línea: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-universitaria-304-articulo-errar-es-humano-X1665579611240505>

12. Gómez Ramírez O. J. Soto Gámez, A. Arenas Gutiérrez, A. Garzón Salamanca, J. González Vega, A. Mateus Galeano, E. Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente av.enferm. vol.29 no.2 Bogotá Jul./Dec. 2011. Publicado en el año: 2011. Revisado el 15/01/2018. Disponible en línea: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002011000200015
13. León Román, C. A. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. Rev. Cubana Enfermería [online]. 2006, vol.22, n.3, pp. 0-0. 2006. ISSN 1561-2961. Revisado el 22/01/2018. Disponible en línea: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v22n3/enf07306.pdf>
14. Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La Investigación en Seguridad del Paciente Mayor conocimiento para una atención más segura. Revisado el 8/03/2018. Disponible en línea: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf
15. Fajardo Dolci, G. Rodríguez Suárez, J. et al. Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. Cir Cir 2010; 78:527-532 Volumen 78, No. 6, Noviembre-Diciembre 2010. Revisado el 1/02/2018. Disponible en línea: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2010/cc106j.pdf>
16. Estepa del Árbol, M. Moyano Espadero, C. Pérez Blancas, C. Crespo Montero, R. Eficacia de los programas de seguridad del paciente. Enfermería Nefrológica vol.19 no.1 Madrid ene./mar. 2016. Revisado el 22/01/2018. Disponible en línea: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842016000100008
17. Gómez Ramírez, O. Arenas Gutiérrez, W. et al. Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. Ciencia. Enfermería. vol.17 no.3 Concepción dic. 2011. ISSN 0717-9553. Revisado el 22/01/2018. Disponible en línea: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071795532011000300009&script=sci_arttext
18. Milos P, Larraín AI. La vinculación ético-jurídica entre la gestión del cuidado y la gestión de riesgos en el contexto de la seguridad del paciente. Aquichan. 2015;15(1):141-153. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.1.13
19. Arias D, Camacho J, Osorno J. Mejora de habilidades en la seguridad del paciente implementando una estrategia de entrenamiento en el personal asistencial. Biomédica Engineering Journal / Revista Ingeniería Biomédica. 10, 20, 21-25, Julio 2016. ISSN: 19099762. Revisado el 3/02/2018
20. Castañeda Hidalgo, H. Garza Hernández, R. Et al. Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de enfermería. Ciencia y Enfermería, vol. XIX, núm. 2, 2013, pp. 77-88. ISSN 0717-2079. Revisado el 22/01/2018. Disponible en línea: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370441813008>
21. Ammouri A. Tailakh A. Muliira J. Geethakrishnan R. Al Kindi S. Cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras. Int Nurs Rev. 2015 Mar; 62 (1): 102-10. Epub 2014 Dic. 11. Publicado en el año 2015. Revisado el 26/01/2018. Disponible en línea: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inr.12159/full>
22. Lima, F. Souza, N. Freire de Vasconcelos, P. Aires de Freitas, C. Bessa Jorge, M. De Souza Oliveira, A. Implicaciones de la seguridad del paciente en la práctica del cuidado de

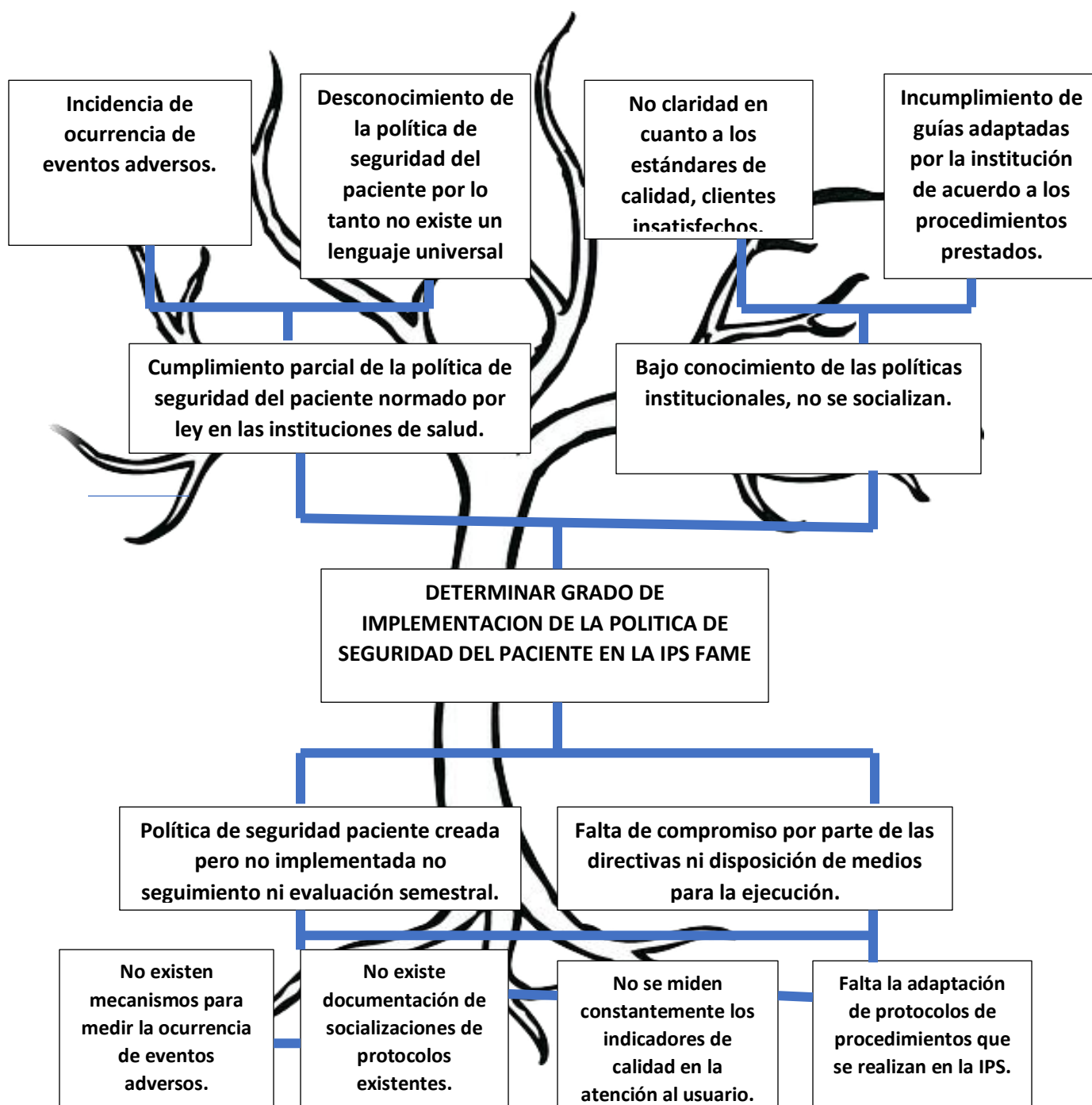
- enfermería. *Enfermería Global*, vol. 13, núm. 3, julio, 2014, pp. 293-309. ISSN 1695-6141. Revisado el 22/01/2018. Disponible en línea: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834854017>
23. Google Maps. Mapa de la ubicación Clínica IPS FAME. Revisado el 17/03/2018. Disponible en línea: <https://www.google.com.co/maps/place/Cra.+21+%232326,+Manizales,+Caldas/@5.0684422,75.5190034,17z/data=!3m1!4b1!4m3!1m7!3m6!1s0x8e476ffa7aa216bd:0xe597dd3085337b41!2sCra.+21+%232326,+Manizales,+Caldas!3b1!8m2!3d5.0684422!4d75.5168147!3m4!1s0x8e476ffa7aa216bd:0xe597dd3085337b41!8m2!3d5.0684422!4d75.5168147>
 24. Ministerio de salud y protección social. Calidad en la Atención en salud. Seguridad del paciente. Revisado el 2/2/2018. Disponible en línea: <https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/seguridad-del-paciente.aspx>
 25. Atehortúa Rada, G. M. Soto Chaquir, M. López Villegas, M. E. Buitrago Malaver, L. A. La práctica avanzada en enfermería: una oportunidad para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en Colombia. Revisado el 9/03/2018. Disponible en línea: <http://repositorio.unilibrepereira.edu.co:8080/Viewer/index.jsp?file=123456789/223/6%20EPA%20pp.%2060-69.pdf>
 26. Gamboa, Penagos, M. Carvajal, Lozano, F. Programa de Seguridad del Paciente, evaluación y seguimiento de eventos adversos en el hospital Serafín Montaña Cuellar E.S.E. De San Luis Tolima. Publicado en el 2010. Revisado el 6/2/2018. Disponible en línea: <http://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/526/GamboaMildrek2010.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
 27. Camargo Tobías, G. Queiroz Bezerra, A. Silvestre Branquinho, N. de Camargo Silva, A. Cultura de la seguridad del paciente en la atención sanitaria: un estudio bibliométrico. *Enfermería global*. vol.13 no.33 Murcia ene. 2014. ISSN 1695-6141. Revisado el 30/01/2018. Disponible en línea: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100017
 28. Carreño Beltrán, DM. Castro Quilaguy, RD. Ochoa Sánchez, SP. Plan de mejoramiento continuo para una Ips. Publicado en el año: 2012. Revisado el 19/11/2017. Disponible en línea: <http://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/1989/CarreroDiana2012.pdf?sequence=5>
 29. Fajardo, Manuel. Calidad de la atención de salud. Error médico y seguridad del paciente. *Rev. Cubana Salud Pública* v.31 n.3 Ciudad de La Habana jul.-sep. 2005. ISSN 1561-3127. Revisado el 22/01/2018. Disponible en línea: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000300010
 30. León, Franco, A. Fundamentos de seguridad del paciente para disminuir errores médicos. Programa Editorial Universidad del Valle, Publicado en el año 2006. ISBN 958-670-483-1. Revisado el 8/03/2018.
 31. Rocco, C. Garrido, A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Revista Médica Clínica Las Condes*. sep2017, Vol. 28 Issue 5, p785-795. 11p. ISSN 0716-8640. Revisado el 3/02/2018.
 32. Fajardo Dolci, G. Lamy, P. Et al. Sistema de registro electrónico de incidentes, basado en la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de

- la Salud. Revista Conamed Vol. 15, Núm. 1 (2010). ISSN 007-932x. Revisado el 30/01/2018. Disponible en línea: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/268/487>
33. López Gumucio, J. R. La selección de personal basada en competencias y su relación con la eficacia organizacional. PERSPECTIVAS, núm. 26, julio-diciembre, 2010, pp. 129-152. Revisado el 26/2/2018. Disponible en línea: <http://www.redalyc.org/pdf/4259/425941230007.pdf>
 34. Organización Mundial de la Salud (OMS). Alianza Mundial de la Salud. Los 5 momentos para la higiene de las manos. Revisado el 2/2/2018. Disponible en línea: http://www.who.int/gpsc/information_centre/gpsc_5_momentos_poster_es.pdf
 35. Peter L. E. Henry C. Johnson. Michael R. Callahan. David C. Classen. Mejorar los informes de seguridad del paciente con los formatos comunes: Representación común de datos para las organizaciones de seguridad del paciente. Revista de Informática Biomédica Volumen 64, diciembre de 2016, páginas 116-121. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2016.09.020>. Revisado el 3/02/2018
 36. Arias Botero JH, Gómez-Arias. RD. La cultura de la seguridad del paciente: enfoques y metodologías para su medición. CES Med 2017; 31(2): 180-191. Open access © Copyright Licencia creative commons Ética de publicaciones Revisión por pares Gestión por Open Journal System DOI: <http://dx.doi.org/10.21615/cesmedicina.31.2.7>. ISSN 0120-8705 e-ISSN 2215-9177. Revisado el 3/2/2018
 37. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. ISBN: 978-958-8361-37-6. Revisado el 6/03/2018. Disponible en línea: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Herramientas%20para%20la%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>
 38. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. Protocolo de Londres. Revisado el 25/2/2018. Disponible en línea: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/PROTOCOLO_DE_LONDRES_INCIDENTES%20CLINICOS.pdf
 39. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. Resolución 8430 de 1993. Revisado el 20/12/2017
 40. Constitución Política de Colombia. Revisado el 17/02/2018 Disponible en línea: <http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia.pdf>
 41. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. Revisado el 17/02/2018.
 42. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. Resolución 1445 de 2006. Revisado el 20/12/2017
 43. Congreso de la República de Colombia. Ley 1122 de 2007. Revisado el 21/12/2017.
 44. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. Resolución 0123 de 2012. Revisado el 21/12/2017.
 45. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. Resolución 0256 de 2016. Revisado el 4/01/2018

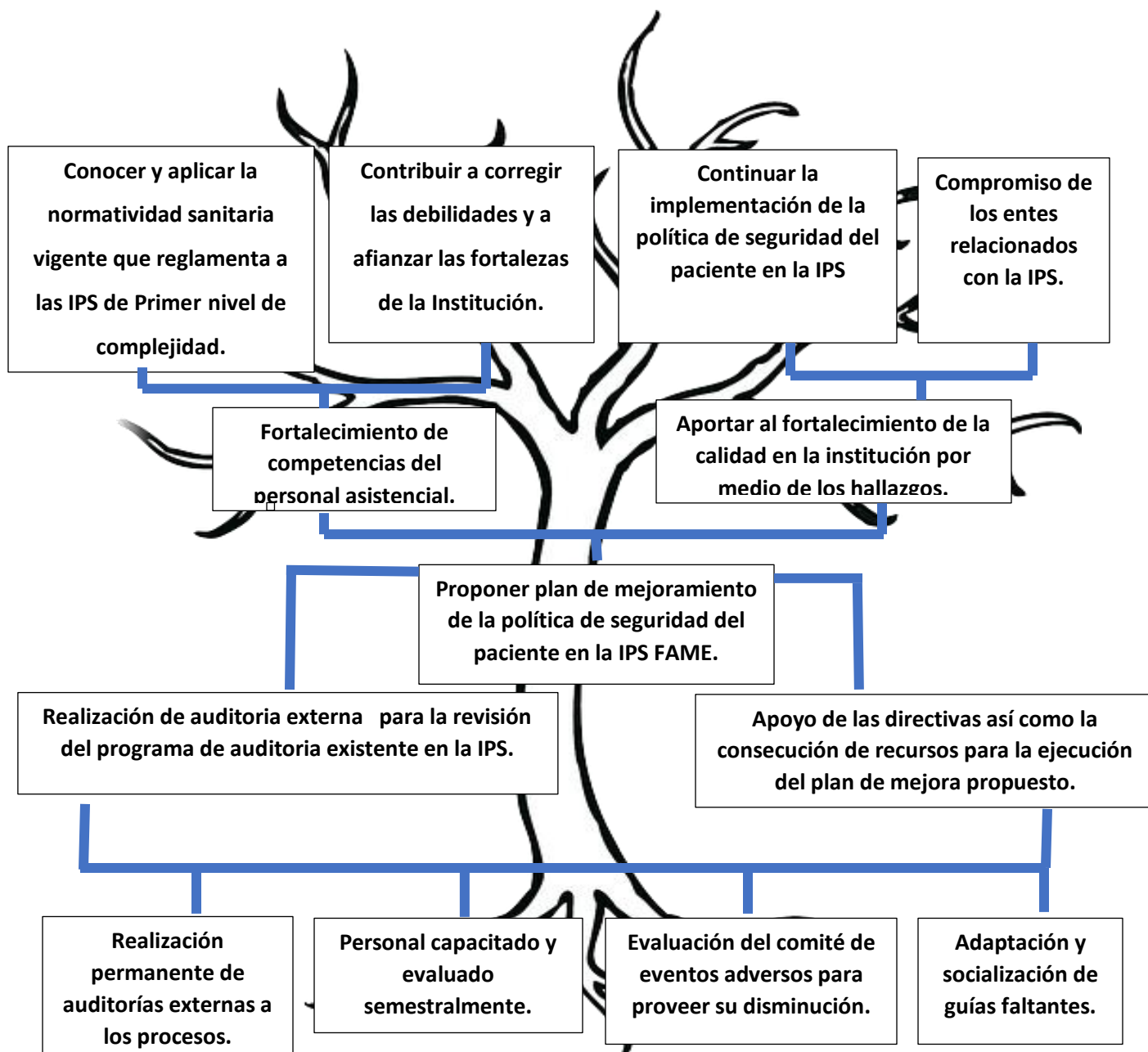
46. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. Dirección General de Calidad de Servicios Proyecto de preparación de IPS para la Acreditación y Adopción del componente de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad. MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO EN ACREDITACIÓN. Revisado el 25/02/2018
47. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. Dirección de prestación de servicios. Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad del paciente. Revisado el 2/3/2018. Disponible en línea: <http://www.consultorsalud.com/sites/consultorsalud/files/Lista%20de%20chequeo%20para%20las%20buenas%20pr%25C3%25A1cticas%20de%20seguridad%20de%20pacientes%20obligatoria%202013.pdf>
48. Jiménez, C. Unidad de aprendizaje; Seminario de titulación. Operacionalización de las variables. Revisado el 4/2/2018. Disponible en línea: <http://ri.uaemex.mx/oca/bitstream/20.500.11799/31576/1/secme-16514.pdf>
49. Ministerio de Salud y Protección social. República de Colombia. Biblioteca Nacional de Indicadores de Calidad de la Atención en Salud. Observatorio de la Calidad de la Atención en salud. Actualización junio de 2011. Revisado el 4/03/2018.
50. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. ESTUDIO IBEAS PREVALENCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN HOSPITALES DE LATINOAMÉRICA. Revisado el 6/03/2018. Disponible en línea: <http://www.visitaodontologica.com/ARCHIVOS/ARCHIVOS-NORMAS/SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE/D%20ESTUDIO%20IBEAS%20Y%20LA%20PSP.pdf>

ANEXOS




Anexo 1. ÁRBOL DE PROBLEMAS



Anexo 2. ÁRBOL DE SOLUCIONES



Anexo 3. LISTA DE CHEQUEO BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE OBLIGATORIAS POR EL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

  			
Centro de Atención:	CLÍNICA IPS FAME		
Fecha de aplicación:	FEBRERO 2018		
Responsable de aplicación del instrumento:	JULIANA MARIA BEDOYA ECHEVERRI, NADIA CRISTINA CORREA VILLA, YERALDIN LEON QUINTERO, LIZETH TATIANA QUINTERO GOMEZ		
BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES ITEMS A VERIFICAR EN IPS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD (*)	Criterios de Calificación	Nivel de cumplimiento	Observaciones
1. Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos		60%	
a. Plataforma Estratégica de la Seguridad			
Evidencia del compromiso de la alta Dirección de forma explícita a través de una política de seguridad que cumpla lineamientos nacionales (Propósitos, sistema institucional de reporte de incidentes y eventos adversos, referente o equipo funcional líder del programa de seguridad de pacientes, estrategias de sensibilización y capacitación institucionales,	5= Existen evidencias que demuestran que la seguridad del paciente hace parte fundamental de la estrategia corporativa 3= La seguridad del paciente se ha incluido de manera tangencial en la estrategia corporativa 1= No se encuentran evidencias de la inclusión del tema de seguridad dentro de la estrategia corporativa.	3	La alta dirección realiza el compromiso de dar ejecución al programa de seguridad del paciente, a través de la política de seguridad que cumpla lineamientos nacionales, en el sistema institucional de reportes de incidentes y eventos adversos se realizan capacitaciones institucionales y planeación estratégica.

homologación de conceptos de la seguridad de pacientes, integración con otras políticas y con la planeación estratégica, participación del paciente y su familia)			
Evidencia de la existencia de un referente y/o equipo funcional para la Seguridad de Pacientes, cuyas funciones principales son relacionadas con la gestión de la seguridad de pacientes y socialización en la entidad	<p>5= Existen evidencias de un referente y/o equipo funcional para la Seguridad de Pacientes</p> <p>3= El referente y/o equipo funcional para la Seguridad de Pacientes no está claramente definido, pero se cuenta con equipos de trabajo que realizan algunas acciones</p> <p>1= No se encuentran evidencias de un referente y/o equipo funcional para la Seguridad de Pacientes</p>	5	La enfermera profesional es la líder del programa de seguridad del paciente para su seguimiento y control en la evidencia de los indicadores de eventos presentados en la institución ,sensibilizar al personal en las buenas practicas seguras y generar cultura de reporte en la institución

<p>Evidencia de la existencia y operación periódica de un Comité de Seguridad de Pacientes que repose en actas. El comité cuenta con unos integrantes mínimos permanentes, entre los que se cuenta un referente de la seguridad del paciente, un colaborador tomador de decisiones de los procesos misionales y de los procesos administrativos o en su defecto, un colaborador que pueda canalizar efectivamente las decisiones a tomar, un referente de la gestión de calidad de la IPS. Como invitados al comité se cuenta con representantes operativos de los servicios en donde ocurrieron las fallas que se van a analizar (incluir a representantes de los servicios tercerizados o proveedores relacionados con el evento adverso)</p>	<p>5= Existen evidencias de la existencia y operación periódica de un Comité de Seguridad de Pacientes</p> <p>3= Hay evidencia de la existencia y operación de un Comité de Seguridad de Pacientes aunque no de marea periódica ni sistemática.</p> <p>1= No se encuentran evidencias de la existencia y operación periódica de un Comité de Seguridad de Pacientes</p>	<p>3</p>	<p>Se establece comité de seguridad del paciente en la clínica Fame representado por:</p> <p>Juan De Jesús Ospina Director médico, Camelia González Vergara Gerente, Juliana María Bedoya Enfermera de calidad, Luisa Fernanda franco Auxiliar asistencial, Luz Mery Gómez Auxiliar administrativa.</p>
<p>b. Fortalecimiento de la Cultura institucional</p>			

Evidencia de la socialización del tema básico de Seguridad del Paciente en los colaboradores de la entidad (política de seguridad institucional, taxonomía, sistema de reporte de fallas en la atención, metodología institucional de análisis de causas de los incidentes o eventos adversos)	<p>5= Existen evidencias de la socialización del tema básico de Seguridad del Paciente en los colaboradores de la entidad.</p> <p>3= La evidencia de la socialización del tema básico de Seguridad del Paciente en los colaboradores de la entidad es parcial y solo en unos pocos.</p> <p>1= No se encuentran evidencias de la socialización del tema básico de Seguridad del Paciente en los colaboradores de la entidad</p>	5	Se realizan capacitaciones periódicas , y socializaciones en el comité con el fin de disminuir y/o mitigar la presencia de incidentes y/o eventos adversos
c. Reporte, medición, análisis y gestión de los eventos adversos			
Definición y operación del Sistema de Reporte de las fallas en la atención en salud: Incidentes y/o Evento Adverso. Incluye sensibilización del sistema de reporte en la institución.	<p>5= Existen evidencias de la definición y operación del Sistema de Reporte de las fallas en la atención en salud: Incidentes y/o Evento Adverso.</p> <p>3= La evidencia de la definición y operación del Sistema de Reporte de las fallas en la atención en salud: Incidentes y/o Evento Adverso. Es parcial o no está claramente definida.</p>	3	Se está generando metodología institucional para el análisis de causas e incidentes de eventos adversos

	1= No se encuentran evidencias de la definición y operación del Sistema de Reporte de las fallas en la atención en salud: Incidentes y/o Evento Adverso		
Definición e implementación de un sistema de análisis de causa (puede ser el Protocolo de Londres u otro sistema técnico) de las fallas en la atención en salud. Incluye la definición de acciones de mejoramiento o barreras de seguridad para las causas de mayor impacto y probabilidad. Para las IPS, éste análisis debe realizarse en el marco del Comité de Seguridad	5= Existen evidencias de la definición e implementación de un sistema de análisis de causa (puede ser el Protocolo de Londres u otro sistema técnico) de las fallas en la atención en salud. Que se este aplicando 3= La evidencia de la definición e implementación de un sistema de análisis de causa. Es parcial o no está claramente definida. 1= No se encuentran evidencias de la definición e implementación de un sistema de análisis de causa	5	En los comités se realiza sensibilización al personal, para el sistema de reporte, además existe un formato estandarizado corto para identificar las fallas en la atención.
d. Procesos Seguros			

Evidencia de la valoración de los riesgos para procesos asistenciales priorizados	<p>5= Existen evidencias de la valoración de los riesgos para procesos asistenciales priorizados</p> <p>3= La evidencia de la valoración de los riesgos para procesos asistenciales priorizados. Es parcial o no está claramente definida.</p> <p>1= No se encuentran evidencias de la valoración de los riesgos para procesos asistenciales priorizados</p>	3	Existen listas de chequeo para procedimientos asistenciales más realizados en la institución.
Evidencia de la formulación de acciones de mejoramiento o preventivas para evitar o disminuir los riesgos más críticos de los procesos asistenciales priorizados	<p>5= Existen evidencias de la formulación de acciones de mejoramiento o preventivas</p> <p>3= La evidencia de la formulación de acciones de mejoramiento o preventivas. Es parcial o no está claramente definida.</p> <p>1= No se encuentran evidencias de la formulación de acciones de mejoramiento o preventivas</p>	3	Existen acciones de mejoramiento en la institución aunque no van encaminadas específicamente a la seguridad del paciente.

<p>Evidencia del seguimiento a la implementación de las acciones de mejoramiento o preventivas formuladas para mitigar los riesgos más críticos de los procesos asistenciales priorizados</p>	<p>5= Existen evidencias del seguimiento a la implementación de las acciones de mejoramiento o preventivas</p> <p>3= La evidencia del seguimiento a la implementación de las acciones de mejoramiento o preventivas es parcial o no está claramente definida.</p> <p>1= No se encuentran evidencias del seguimiento a la implementación de las acciones de mejoramiento o preventivas</p>	<p>1</p>	<p>No existe evidencia de seguimiento a las acciones de mejora</p>
<p>La institución cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio</p>	<p>5= Existen evidencias de un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio</p> <p>3= La evidencia de un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio no está claramente</p>	<p>1</p>	<p>Proceso en ejecución</p>

	<p>definido.</p> <p>1= No se encuentran evidencias del procedimiento para la adopción de las guías</p>		
<p>Evidencia de la adopción o desarrollo institucional de las guías de manejo Clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias que le apliquen y evidencia de su socialización. Debe incluir también: protocolos de enfermería, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio; protocolos para el manejo de gases medicinales que incluya atención de emergencias, sistema de alarma respectivo y periodicidad de cambio de los dispositivos médicos usados con dichos gases; protocolo que permita detectar, prevenir y disminuir el riesgo de accidentes e incidentes de carácter radiológico;</p>	<p>5= Existen evidencias de la adopción o desarrollo institucional de las guías de manejo Clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias que le apliquen y evidencia de su socialización.</p> <p>3= La evidencia de la adopción o desarrollo institucional de las guías de manejo Clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias que le apliquen no está claramente definidas o no hay evidencia de su socialización.</p> <p>1= No se encuentran evidencias de la adopción de las guías.</p>	1	Proceso en ejecución

protocolo para el manejo de la reanimación cardiopulmonar, con la revisión del equipo y control de su contenido, cuando el servicio requiera éste tipo de equipos; protocolo para la socialización, manejo y seguridad de las tecnologías existentes en la Institución y por servicio.			
2. Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente		20%	
La Institución evalúa semestralmente la adherencia a las guías de manejo Clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias que le apliquen y evidencia el mejoramiento continuo de dicha adherencia	<p>5= Se realiza evaluación semestral de la adherencia a las guías de manejo Clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente.</p> <p>3= La evaluación de la adherencia a las guías de manejo Clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente no es sistemática o es esporádica.</p> <p>1= No se realiza la evaluación de la adherencia a las guías de manejo Clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente</p>	1	Guías en proceso de adopción

La institución realiza seguimiento mensual a los indicadores de calidad reglamentarios y a aquellos que aplican a las Buenas Prácticas de Seguridad de Pacientes que quedaron obligatorios en el Sistema Único de Habilitación y que le apliquen	<p>5= Se realiza el seguimiento mensual a los indicadores de calidad reglamentarios y los que aplican a las Buenas Prácticas de Seguridad de Pacientes.</p> <p>3= El seguimiento a los indicadores de calidad reglamentarios y los que aplican a las Buenas Prácticas de Seguridad de Pacientes es esporádico.</p> <p>1= No se realiza seguimiento a los indicadores de calidad reglamentarios y los que aplican a las Buenas Prácticas de Seguridad de Pacientes</p>	1	En el momento se están realizando esfuerzos por medir constantemente los indicadores reglamentarios aunque no se ha logrado que la medición sea posible.
3. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud		60%	
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: infección asociadas a la atención en salud, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de	<p>5= Se observa debidamente documentado el análisis de causa del evento adverso.</p> <p>3= El soporte documental del análisis de causa del evento adverso es esporádico o es parcial</p> <p>1= No se encuentra documentado el análisis de causa del evento adverso</p>	3	El riesgo de infección en la clínica es bajo, ya que los procedimientos, son mínimos, y no comprometen de fondo el riesgo biológico y/o infeccioso, cabe destacar que igual se tiene presente cualquier caso y ante este se actuara oportunamente, realizando el análisis de la causa, las fallas y los planes de mejoramiento que sean pertinentes, aunque aún no se ha implementado el documento de análisis de causa.

dichas infecciones. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad			
Protocolo para la higiene de manos desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. El protocolo incorpora los cinco momentos del lavado de manos recomendado por la OMS. Debe estar socializado	<p>5= El Protocolo para la higiene de manos tiene una vigencia que nos supera los 5 años adema este incorpora los 5 momentos.</p> <p>3= El Protocolo para la higiene de manos supera la vigencia de los 5 años y/o no incorpora los 5 momentos.</p> <p>1= No se cuenta con un Protocolo para la higiene de manos.</p>	5	Se cuenta con protocolo de lavado de manos ,y su señalización pertinente en la institución
Auditorías semestrales de adherencia a la higiene de manos para todos los servicios asistenciales y documentación de acciones de mejora si aplica.	<p>5= Existe evidencia de las Auditorías semestrales de adherencia a la higiene de manos para todos los servicios asistenciales además de tener documentadas las acciones de mejora.</p> <p>3= Auditorías de adherencia a la higiene de manos para todos los servicios asistenciales se realizan esporádicamente y</p>	1	Se realiza auditoria y seguimiento continuo al personal asistencial en su adherencia al lavado de manos, se cuenta con los elementos pertinentes, aunque apenas se va a empezar a realizar la documentación semestral.

	<p>solo en algunos casos se documentan las acciones de mejora.</p> <p>1= No se cuenta con un Protocolo para la higiene de manos.</p>		
<p>Presencia de insumos institucionales para la higiene de manos: Toallas desechables, solución de alcohol glicerinado, jabón antibacterial, en concordancia con el protocolo institucional de higiene de manos</p>	<p>5= Existe evidencia del suministro sistemático de todos los insumos para la higiene de manos.</p> <p>3= El suministro de insumos para la higiene de manos no es sistemático o es parcial.</p> <p>1= No se cuenta con los insumos para la higiene de manos</p>	5	<p>Como jabón antibacterial, alcohol glicerinado, toalla desechable</p>
<p>Protocolo de venopunción que incluye acciones para prevenir las flebitis infecciosas, químicas y mecánicas. En protocolo de manejo de colocación y mantenimiento de sondas vesicales se incluyen acciones para evitar la infección asociada al dispositivo y otros eventos que afectan la seguridad del paciente</p>	<p>5= Los Protocolos de venopunción y el de manejo de colocación y mantenimiento de sondas vesicales que incluye acciones para prevenir las flebitis y las infecciones asociadas al dispositivo.</p> <p>3= Los Protocolos de venopunción y el de manejo de colocación y mantenimiento de sondas vesicales no tienen identificadas las acciones para prevenir las flebitis y las infecciones</p>	5	<p>Existencia de proceso para realizar procedimiento de inyectología, flujograma</p>

	<p>asociadas al dispositivo</p> <p>1= No se cuenta con los Protocolos de venopunción ni con el de manejo de colocación y mantenimiento de sondas vesicales</p>		
<p>Guía para el aislamiento de pacientes desde el ingreso a la institución, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye medidas de aislamiento universales. Debe estar socializado</p>	<p>5= Se cuenta con una Guía para el aislamiento de pacientes desde el ingreso a la institución con una vigencia no superior a cinco años.</p> <p>3= La Guía para el aislamiento de pacientes desde el ingreso a la institución no está adoptada o no ha sido actualizada con la periodicidad establecida.</p> <p>1= No se cuenta con una Guía para el aislamiento de pacientes.</p>	1	No cuenta con protocolo de medidas universales de aislamiento
<p>Medición semestral de adherencia a la guía de aislamiento de pacientes en los servicios priorizados y documentación de acciones de mejora si aplica.</p>	<p>5= Se realiza la medición semestral de adherencia a la guía de aislamiento de pacientes y hay evidencia de acciones de mejora.</p> <p>3= Se realiza la medición de adherencia a la guía de aislamiento de pacientes de manera esporádica</p>	1	No existe medición de protocolo de medidas universales de aislamiento

	no semestral 1= No se realiza la medición de adherencia a la guía de aislamiento de pacientes		
Manual de Bioseguridad institucional desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Debe estar socializado	5= Se cuenta con un Manual de Bioseguridad Institucional desarrollado o adoptado con vigencia menor a 5 años 3= El Manual de Bioseguridad institucional desarrollado o adoptado tiene una vigencia superior a 5 años y/o no esta formalizado 1= No se tiene un Manual de Bioseguridad institucional	5	Se cuenta con manual de bioseguridad institucional desarrollado y adoptado por la institución en el momento con actualización reciente
Medición semestral de adherencia al Manual de Bioseguridad en los servicios priorizados y documentación de acciones de mejora si aplica.	5= Existen evidencias del seguimiento al Manual de Bioseguridad 3= La evidencia del seguimiento al Manual de Bioseguridad es parcial o no es en la periodicidad establecida 1= No se encuentran evidencias del seguimiento al Manual de Bioseguridad	1	Se realiza medición de la adherencia a los procesos de bioseguridad mediante el seguimiento continuo y socialización en los respectivos comités, apenas se va a realizar la medición semestral para medir la adherencia

Medición mensual del indicador de infecciones de sitio operatorio (ISO) si aplica	5= Existen evidencias del seguimiento mensual del indicador de infecciones de sitio operatorio (ISO) 3= La medición se realiza esporádicamente 1= No se encuentran evidencias la medición del indicador	No aplica	0
Medición mensual del indicador de infecciones de endometritis post - parto y documentación de acciones de mejora si aplica.	5= Existen evidencias del seguimiento mensual del indicador de infecciones de endometritis post - parto y además están documentadas las acciones de mejora si aplica 3= La medición se realiza esporádicamente 1= No se encuentran evidencias la medición del indicador	No aplica	0
Medición mensual de las neumonías nosocomiales asociadas a ventilador y documentación de acciones de mejora si aplica.	5= Se realiza la medición mensual de las neumonías nosocomiales asociadas a ventilador y además están documentadas las acciones de mejora si aplica 3= La medición se realiza esporádicamente	No aplica	0

	1= No se encuentran evidencias la medición		
Medición mensual de infecciones transmitidas por transfusión (ITT) y documentación de acciones de mejora si aplica	5= Se realiza la medición mensual de infecciones transmitidas por transfusión (ITT) y además están documentadas las acciones de mejora si aplica 3= La medición se realiza esporádicamente 1= No se encuentran evidencias la medición	No aplica	0
Medición mensual de las flebitis infecciosas asociadas al uso de catéter periférico y documentación de acciones de mejora si aplica	5= Se realiza la medición mensual de las flebitis infecciosas asociadas al uso de catéter periférico y además están documentadas las acciones de mejora si aplica 3= La medición se realiza esporádicamente 1= No se encuentran evidencias la medición	No aplica	0
Medición mensual de infecciones del torrente sanguíneo (bacteremias) asociadas al uso de catéteres centrales y documentación de acciones de mejora si aplica	5= Se realiza la medición mensual de infecciones del torrente sanguíneo (bacteriemias) asociadas al uso de catéteres centrales y además están documentadas las	No aplica	0

	acciones de mejora si aplica 3= La medición se realiza esporádicamente 1= No se encuentran evidencias la medición		
Medición mensual de infección de vías urinarias asociada al uso de sondas y documentación de acciones de mejora si aplica	5= Se realiza la medición mensual de infección de vías urinarias asociada al uso de sondas y además están documentadas las acciones de mejora si aplica 3= La medición se realiza esporádicamente 1= No se encuentran evidencias la medición	No aplica	0
4. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos		73%	
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por administración incorrecta de medicamentos, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento	5= Existe evidencia documental del análisis de causa de todos los eventos adversos reportados; además están documentadas las acciones de mejora si aplica 3= El análisis causal es parcial o esporádico 1= No se encuentran evidencias del análisis causal	3	Medición de los indicadores de reporte de eventos adversos

adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad			
Proceso para la dispensación segura de los medicamentos en la farmacia desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye la dispensación segura de dosis unitarias	5= El proceso para la dispensación segura de los medicamentos en la farmacia esta actualizado con la periodicidad que defina la institución no mayor a 5 años 3= El proceso esta documentado pero no esta adoptado o no se aplica 1= El proceso no esta documentado	No aplica	0
Medición semestral de adherencia al proceso de dispensación de medicamentos en la farmacia	5= Se realiza la medición semestral de adherencia al proceso de dispensación de medicamentos en la farmacia 3= La medición se ha realizado ocasionalmente 1= No se encuentran evidencias la medición	No aplica	0

Proceso para la administración segura de los medicamentos en los servicios de urgencias y hospitalización, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye la utilización de mínimo cinco correctos al momento de administrar un medicamento a un usuario y restringe el uso de órdenes verbales. Incluye el manejo de derrames y rupturas de medicamentos, en un lugar de fácil acceso, visible y con adecuada señalización	<p>5= El proceso para la administración segura de los medicamentos en los servicios de urgencias y hospitalización esta actualizado con la periodicidad que defina la institución no mayor a 5 años. Este incluye la utilización de mínimo cinco correctos al momento de administrar un medicamento a un usuario y restringe el uso de órdenes verbales</p> <p>3= El proceso esta documentado pero no esta adoptado o no se aplica o no Incluye la utilización de los cinco correctos y no restringe el uso de órdenes verbales</p> <p>1= El proceso no está documentado</p>	No aplica	
Medición semestral de adherencia al proceso de administración segura de medicamentos a los usuarios y documentación de acciones de mejora si aplica	<p>5= Se realiza la medición semestral de adherencia al proceso de administración segura de medicamentos y además están documentadas las acciones de mejora si aplica</p> <p>3= La medición se ha realizado ocasionalmente</p> <p>1= No se</p>	3	El seguimiento en el procedimiento de inyectología se le realiza constante seguimiento con el fin de evidenciar el mínimos riesgos de presencia de eventos

	encuentran evidencias la medición		
Protocolo para el uso racional de antibióticos en los servicios de internación desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. El protocolo concuerda con las guías de manejo clínico	<p>5= El protocolo para el uso racional de antibióticos en los servicios de internación esta actualizado con la periodicidad que defina la institución no mayor a 5 años. Este incluye las guías de manejo clínico</p> <p>3= El protocolo está documentado pero no está adoptado o no se aplica o no incluye las guías de manejo clínico</p> <p>1= El protocolo no está documentado</p>	No aplica	0
Medición semestral de adherencia al protocolo de uso racional de antibióticos y documentación de acciones de mejora si aplica	<p>5= Se realiza la medición semestral de adherencia al protocolo de uso racional de antibióticos y además están documentadas las acciones de mejora si aplica</p> <p>3= La medición se ha realizado ocasionalmente</p> <p>1= No se encuentran evidencias la medición</p>	No aplica	0

Protocolo para la marcación y fácil identificación de medicamentos de alto riesgo en los servicios de internación otros servicios desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años.	5= El protocolo para la marcación y fácil identificación de medicamentos de alto riesgo en los servicios de internación otros servicios esta actualizado con la periodicidad que defina la institución no mayor a 5 años. 3= El protocolo está documentado pero no está adoptado o no se aplica o no Incluye las guías de manejo clínico 1= El protocolo no está documentado	No aplica		0
Aplicación de listas de chequeo para asegurar la entrega correcta de los medicamentos del proveedor al lugar de almacenamiento de la institución	5= Se aplican listas de chequeo para asegurar la entrega correcta de los medicamentos del proveedor al lugar de almacenamiento de la institución 3= Las listas de chequeo se aplica ocasionalmente 1= No se encuentran evidencias la aplicación de las listas de chequeo	No aplica		
Los registros de la historia clínica evidencian que se ha identificado el riesgo de alergias a medicamentos de los usuarios de los servicios de internación y urgencias	5= Existe evidencia de la identificación del riesgo de alergias a medicamentos de los usuarios de los servicios de internación y urgencias 3= Los riesgos se identifican parcialmente	5	Se evidencia en la historia clínica el registro de alergias a medicamentos	

	1= No se encuentran evidencia		
5. ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES		33%	
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por identificación incorrecta del usuario, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad	5= Existe evidencia documental del análisis de causas de todos los eventos adversos reportados; además están documentadas las acciones de mejora si aplica. Este análisis debe ser realizado por el comité de seguridad 3= El análisis causal es parcial o esporádico 1= No se encuentran evidencias del análisis causal	3	Aun no existe documentación para el análisis de causa del evento adverso.

<p>Protocolo para asegurar la correcta identificación del usuario al ingreso del mismo y en los servicios asistenciales, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye estrategias para verificar que el nombre del usuario ha sido registrado de forma completa y sin errores de escritura. Incluye el uso de mínimo dos identificadores recomendados por la OMS (Nombre, número de identificación) en tableta de cabecera o pié de cama. Nunca el número de la cama, el número de habitación o el diagnóstico clínico. También debe incluir el protocolo para internar pacientes con el mismo nombre o usuarios que carezcan de identificación</p>	<p>5= El protocolo para asegurar la correcta identificación del usuario al ingreso del mismo y en los servicios asistenciales esta actualizado con la periodicidad que defina la institución no mayor a 5 años. 3= El protocolo esta documentado pero no esta adoptado o no se aplica 1= El protocolo no esta documentado</p>	<p>1</p>	<p>No existe documentación de protocolo de identificación de paciente</p>
--	---	----------	---

Medición semestral de adherencia al protocolo de identificación correcta del usuario y documentación de acciones de mejora si aplica	5= Se realiza la medición semestral de adherencia al protocolo de identificación correcta del usuario y además están documentadas las acciones de mejora si aplica 3= La medición se ha realizado ocasionalmente 1= No se encuentran evidencias la medición	1	Esta medición se realizará mediante la trazabilidad de la historia clínica ya que en oportunidad anterior el archivo no era el más adecuado los datos no coincidían con la identificación de la historia, y muchos errores como el no encontrar la historia clínica pertinente de un paciente, en la actualidad se han pedido historias aleatorias, las cuales ya se encuentran con los datos completos del paciente, aunque no se evidencia las mediciones semestrales
Uso de manillas de marcación de los pacientes en servicios asistenciales priorizados. Siempre debe incluir el servicio de ginecobstetricia, pediatría y atención mental	5= Se utilizan manillas de marcación de los pacientes en servicios asistenciales priorizados. Siempre debe incluir el servicio de ginecobstetricia, pediatría y atención mental 3= las manillas se utiliza en algunos servicios 1= No se usan las manillas de marcación	No aplica	
6. MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS			

<p>Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por error en la realización en la cirugía cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad</p>	<p>5= Existe evidencia documental del análisis de causas de todos los eventos adversos reportados; además están documentadas las acciones de mejora si aplica. Este análisis debe ser realizado por el comité de seguridad 3= El análisis causal es parcial o esporádico 1= No se encuentran evidencias del análisis causal</p>	<p>No aplica</p>	<p>0</p>
<p>Aplicar la lista de chequeo para cirugía segura, como mínimo la recomendada por la OMS o la desarrollada o adoptada por la institución. En todo caso debe incorporar los momentos preoperatorio, en quirófano antes de incidir al paciente, intraoperatorio y post operatorio e incluir la verificación del adecuado funcionamiento de los equipos de anestesia y cirugía. No debe faltar el chequeo de la marcación del órgano par que se va</p>	<p>5= Se aplican listas de chequeo para cirugía segura, como mínimo la recomendada por la OMS o la desarrollada o adoptada por la institución. 3= Las listas de chequeo se aplica ocasionalmente 1= No se encuentran evidencias la aplicación de las listas de chequeo</p>	<p>No aplica</p>	<p>0</p>

a operar y el conteo de los insumos que pueden convertirse en cuerpo extraño en el usuario (oblitos)			
7. PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS		40%	
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: Lesión por caída asociada a la atención de salud, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad	5= Existe evidencia documental del análisis de causas de todos los eventos adversos reportados; además están documentadas las acciones de mejora si aplica. Este análisis debe ser realizado por el comité de seguridad 3= El análisis causal es parcial o esporádico 1= No se encuentran evidencias del análisis causal	3	La evidencia documental del reporte en el momento es muy escasa ya que se ha venido haciendo un seguimiento continuo pero no se ha detectado ningún evento e incidente a la fecha desde este inicio de año, aunque no se tienen análisis de causa de eventos anteriores
Clasificar el riesgo de caída a los usuarios que son internados en la institución y que contemple como mínimo antecedentes de caídas e identificación del pacientes que estén agitados, funcionalmente afectados, que necesiten ir frecuentemente al	5= Existe evidencia de la clasificación del riesgo de caída a los usuarios que son internados en la institución 3= La clasificación del riesgo es parcial 1= No se clasifica el riesgo	3	En la clínica actualmente no se han presentado caídas, pero el personal está entrenado para el reporte de cualquier acontecimiento de estos que se presente dentro de la institución en algún momento

baño o que tienen movilidad disminuida y pacientes bajo sedación			
Protocolo para la minimización de riesgos de caída derivados de la condición del paciente desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Dicho protocolo debe incluir que las camas y camillas tengan barandas, las escaleras antideslizantes, los baños agarraderas en duchas y sanitarios, la ausencia de obstáculos en las pasillos de internación y una adecuada iluminación	<p>5= El protocolo para la minimización de riesgos de caída derivados de la condición del paciente esta actualizado con la periodicidad que defina la institución no mayor a 5 años.</p> <p>3= El protocolo está documentado pero no está adoptado o no se aplica</p> <p>1= El protocolo no está documentado</p>	1	No se evidencia protocolos para evitar el riesgo de caídas o caídas

Medición semestral de adherencia al protocolo para la minimización de riesgos de caída de los usuarios y documentación de acciones de mejora si aplica	5= Se realiza la medición semestral de adherencia al protocolo para la minimización de riesgos de caída de los usuarios y están documentadas las acciones de mejora si aplica 3= La medición se ha realizado ocasionalmente 1= No se encuentran evidencias la medición	1	No existe documentación para la medición de adherencias a protocolos, ya que el protocolo tampoco existe.
8. PREVENIR LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN			
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por presencia de úlceras por presión cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad	5= Existe evidencia documental del análisis de causas de todos los eventos adversos reportados; además están documentadas las acciones de mejora si aplica. Este análisis debe ser realizado por el comité de seguridad 3= El análisis causal es parcial o esporádico 1= No se encuentran evidencias del análisis causal	No aplica	0

<p>Clasificar el riesgo de úlceras por presión a los usuarios que son internados en la institución y que contemple como mínimo la valoración de la movilidad, presencia de incontinencia, estado nutricional, alteración de la sensibilidad e integridad de la piel</p>	<p>5= Existe evidencia de la clasificación del riesgo de úlceras por presión a los usuarios que son internados en la institución y que contemple como mínimo la valoración de la movilidad, presencia de incontinencia, estado nutricional, alteración de la sensibilidad e integridad de la piel 3= La clasificación del riesgo es parcial 1= No se clasifica el riesgo</p>	<p>No aplica</p>	<p>0</p>
<p>Protocolo para la minimización de riesgos de aparición de úlceras por presión o escaras desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Dicho protocolo debe incluir esquemas de movilización de pacientes en riesgo, cuidados de la piel con soluciones adecuadas, valoración permanente del estado de la piel y condiciones de higiene</p>	<p>5= El protocolo para la minimización de riesgos de aparición de úlceras por presión o escaras esta actualizado con la periodicidad que defina la institución no mayor a 5 años. 3= El protocolo está documentado pero no está adoptado o no se aplica 1= El protocolo no está documentado</p>	<p>No aplica</p>	<p>0</p>

Medición semestral de adherencia al protocolo para la minimización de riesgos de úlceras por presión o escaras de los usuarios y documentación de acciones de mejora si aplica	5= Se realiza la medición semestral de adherencia al protocolo para la minimización de riesgos de úlceras por presión o escaras de los usuarios y están documentadas las acciones de mejora si aplica 3= La medición se ha realizado ocasionalmente 1= No se encuentran evidencias la medición	No aplica	0
9. GARANTIZAR LA ATENCIÓN SEGURA DEL BIONOMIO MADRE HIJO			
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por inadecuada atención de la gestante en el control prenatal, parto o puerperio (incluye la mortalidad materna) o al recién nacido, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento	5= Existe evidencia documental del análisis de causas de todos los eventos adversos reportados; además están documentadas las acciones de mejora si aplica. Este análisis debe ser realizado por el comité de seguridad 3= El análisis causal es parcial o esporádico 1= No se encuentran evidencias del análisis causal	No aplica	0

adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad			
Evidencia de la existencia de una Guía o protocolo para la atención prioritaria a la gestante sin exponerla a demoras injustificadas y a trámites administrativos innecesarios	5= Existe evidencia documental de una Guía o protocolo para la atención prioritaria a la gestante 3= La guía o protocolo no está formalizada 1= No se tiene una guía o protocolo	No aplica	0
Medición semestral de adherencia a la guía o protocolo para la atención prioritaria de las gestantes y documentación de acciones de mejora si aplica	5= Se realiza la medición semestral de adherencia a la guía o protocolo para la atención prioritaria de las gestantes y están documentadas las acciones de mejora si aplica 3= La medición se ha realizado ocasionalmente 1= No se encuentran evidencias la medición	No aplica	0
Guías clínicas para la atención de la gestante en el periodo prenatal, atención del parto y puerperio desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no	5= Existe evidencia documentadas Guías clínicas para la atención de la gestante en el periodo prenatal, atención del parto y puerperio y esta actualizado con la periodicidad que defina la institución no mayor a 5 años 3= La guía no esta formalizada	No aplica	0

debe ser superior a los cinco años. Las guías deben incluir la definición institucional de las habilidades y competencias que el equipo de salud que atiende las gestantes debe tener. La Guía debe incluir la obligatoriedad de registrar el partograma	1= No se tiene una guía		
Medición semestral de adherencia a las guías clínicas para la atención de las gestantes, durante el periodo prenatal, parto y postparto y documentación de acciones de mejora si aplica	5= Se realiza la medición semestral de adherencia a las guías clínicas para la atención de las gestantes, durante el periodo prenatal, parto y postparto y están documentadas las acciones de mejora si aplica 3= La medición se ha realizado ocasionalmente 1= No se encuentran evidencias la medición	No aplica	0
Medición mensual de la completitud del kit de emergencias obstétricas y de los demás insumos requeridos para la atención de la gestante adherencia a las guías clínicas para la atención de las gestantes, durante el periodo prenatal, parto y postparto y	5= Se realiza la medición mensual de la completitud del kit de emergencias obstétricas y de los demás insumos requeridos para la atención de la gestante adherencia a las guías clínicas para la atención de las gestantes y están documentadas las	No aplica	0

documentación de acciones de mejora si aplica	acciones de mejora si aplica 3= La medición se ha realizado ocasionalmente 1= No se encuentran evidencias la medición		
Implementación de la lista de Chequeo para garantizar una vigilancia estricta de la mujer en el postparto inmediato, para equipos médicos y de enfermería	5= Se aplican listas de chequeo garantizar una vigilancia estricta de la mujer en el postparto inmediato, para equipos médicos y de enfermería 3= Las listas de chequeo se aplica ocasionalmente 1= No se encuentran evidencias la aplicación de las listas de chequeo	No aplica	0
10, PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA DISPONIBILIDAD Y MANEJO DE SANGRE Y COMPONENTES Y A LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA			
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso y reacción adversa asociada a disponibilidad y uso de sangre y componentes sanguíneos, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y	5= Existe evidencia documental del análisis de causas de todos los eventos adversos y reacción adversa asociada a disponibilidad y uso de sangre y componentes sanguíneos; además están documentadas las acciones de mejora si aplica. Este	No aplica	0

definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad que involucre a los bancos de sangre proveedores de los componentes sanguíneos implicados en el caso.	análisis debe ser realizado por el comité de seguridad 3= El análisis causal es parcial o esporádico 1= No se encuentran evidencias del análisis causal		
Protocolo o Guía para la gestión segura de la sangre y los componentes sanguíneos desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Debe incluir análisis de los bancos de sangre proveedores, la recepción segura de la sangre y componentes sanguíneos, su adecuada identificación, medición de la eficiencia del suministro, rotación de inventarios, almacenamiento seguro y los controles en su entrega. Sistema de	5= Existe evidencia documentadas Protocolo o Guía para la gestión segura de la sangre y los componentes sanguíneos y esta actualizado con la periodicidad que defina la institución no mayor a 5 años 3= La guía no está formalizada 1= No se tiene una guía	No aplica	0

hemovigilancia y trazabilidad. También debe incluir uso de alternativas a la transfusión y manejo de pacientes que no aceptan la terapia transfusional			
Programa de seguimiento institucional a las transfusiones sanguíneas que incluya análisis del perfil epidemiológico en el servicio de transfusión, análisis de trazabilidad del producto y medición mensual de Infecciones Transmitidas por Transfusión. Incluye indicadores de gestión y documentación de acciones de mejora. Incluye seguimiento a pacientes politransfundidos	5= Existe evidencia documentadas programa de seguimiento institucional a las transfusiones sanguíneas que incluya análisis del perfil epidemiológico en el servicio de transfusión, análisis de trazabilidad del producto y medición mensual de Infecciones Transmitidas por Transfusión 3= El programa no está formalizado 1= No se tiene un programa	No aplica	0
Medición semestral de adherencia al protocolo o guía clínica para la gestión segura de la sangre y componentes y documentación de acciones de mejora si aplica	5= Se realiza la medición semestral de adherencia al protocolo o guía clínica para la gestión segura de la sangre y componentes y están documentas las acciones de mejora si aplica 3= La medición se	No aplica	0

	ha realizado ocasionalmente 1= No se encuentran evidencias la medición		
	Total Puntos alcanzados	#¿NOMB RE?	
	Total Puntos posibles	320	
	Porcentaje de cumplimiento	#¿NOMB RE?	

Anexo 4. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN O CATEGORÍA	DEFINICIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADOR	PREGUNTA O ÍTEM
PLATAFORMA ESTRATÉGICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Evidencia del compromiso de la alta Dirección de forma explícita a través de una política de seguridad que cumpla lineamientos nacionales (Propósitos, sistema institucional de reporte de incidentes y eventos adversos, referente o equipo funcional líder del programa de seguridad de pacientes, estrategias de sensibilización y capacitación institucionales,	cualitativa	Calidad de la implementación de la política de seguridad del paciente	Verificación por parte de realización de lista de chequeo de auditoria de calidad del ministerio de salud adecuada a los hallazgos de la institución	Nivel de satisfacción del usuario/conocimiento e implementación de la norma mediante socializaciones *100	1a
	Evidencia de la existencia de un referente y/o equipo funcional para la Seguridad de Pacientes, cuyas funciones principales son relacionadas con la gestión de la seguridad de pacientes y socialización en la entidad	cualitativa				1a
	Evidencia de la existencia y operación periódica de un Comité de Seguridad de Pacientes que repose en actas. El comité cuenta con unos integrantes mínimos permanentes, entre los que se cuenta un referente de la seguridad del paciente, un colaborador tomador de decisiones de los procesos misionales y de los procesos administrativos o en su defecto, un colaborador que pueda canalizar efectivamente las decisiones	cualitativa				1a

	a tomar, un referente de la gestión de calidad de la IPS					
FORTALECIMIENTO DE LA CULTURA ORGANIZACIONAL	Evidencia de la socialización del tema básico de Seguridad del Paciente en los colaboradores de la entidad (política de seguridad institucional, taxonomía, sistema de reporte de fallas en la atención, metodología institucional de análisis de causas de los incidentes o eventos adversos)	cuantitativa	Conocimiento de protocolos y adherencia a ellos por parte del personal de la institución	Se verifica la cantidad de colaboradores que han sido capacitados en temas de seguridad del paciente	Numero de eventos adversos presentados en un periodo / número de socialización de protocolos al personal de la institución	1b
REPORTES, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y GESTIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS	Definición y operación del Sistema de Reporte de las fallas en la atención en salud: Incidentes y/o Evento Adverso. Incluye sensibilización del sistema de reporte en la institución.	cuantitativa	Fallas en cuanto a la atención del paciente eventos adversos	Medición de eventos adversos presentados en la institución durante la atención	Verificación de la Medición del indicador Proporción de vigilancia de eventos adversos: N° de eventos adversos detectados y gestionados / total de los eventos adversos detectados.	1c
	Definición e implementación de un sistema de análisis de causa (puede ser el Protocolo de Londres u otro sistema técnico) de las fallas en la atención en salud. Incluye la definición de acciones de mejoramiento o barreras de seguridad para las causas de mayor impacto y probabilidad. Para las IPS, éste análisis debe realizarse en el marco del Comité de Seguridad	cuantitativa	Implementación de evaluaciones seguimiento y planes de mejora		Verificación de existencia de protocolo de Londres y su respectiva socialización	1c
PROCESOS SEGUROS	Evidencia de la valoración de los riesgos para procesos asistenciales priorizados	cualitativa	Implementación de actividades en los procesos de	Verificación de documentación riesgos por servicio		1d

PROCESOS SEGUROS			más ocurrencia	y revisión de planes de mejoramiento, para intervenirlos.		
	Evidencia del seguimiento a la implementación de las acciones de mejoramiento o preventivas formuladas para mitigar los riesgos más críticos de los procesos asistenciales priorizados	cualitativa	Observación y actuación mediante los hallazgos por medio de evaluaciones	Verificación de Procedimiento para la adopción o adaptación de guías de manejo clínico de procedimientos Verificación de guías de práctica clínica, protocolos de enfermería, protocolos de las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias	Evaluaciones sobresalientes de las guías adaptadas a la institución / Número de evaluaciones realizadas a los trabajadores de la institución*100	1d
	La institución cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio	Cualitativa	Observación y verificación de guías adaptadas en la institución	Proporción de criterios cumplidos en la aplicación de guías de práctica clínica, procedimientos de enfermería, buenas	Total de criterios cumplidos / Total de criterios evaluados * 100	1d

				prácticas para la seguridad del paciente.		
MONITORIZACIÓN DE ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	La Institución evalúa semestralmente la adherencia a las guías de manejo Clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias que le apliquen y evidencia el mejoramiento continuo de dicha adherencia	cualitativo	Verificación de existencia y actualización de guías	Proporción de criterios cumplidos en la aplicación de guías de práctica clínica, procedimientos de enfermería, buenas prácticas para la seguridad del paciente.	Número de criterios cumplidos en su totalidad	2
	La institución realiza seguimiento mensual a los indicadores de calidad reglamentarios y a aquellos que aplican a las Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente que quedaron obligatorios en el Sistema Único de Habilitación y que le apliquen	cualitativo	Evaluación y seguimiento de resultados de indicadores	Se verifica si se realiza la medición de los indicadores relacionados en la conceptualización de la variable	Total de indicadores medidos	2
DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR	Protocolo para la higiene de manos desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. El protocolo incorpora los cinco momentos del lavado de manos recomendado por	cualitativo	Número de actualizaciones realizadas al protocolo de lavado de manos implementado en la institución	Se verifica si se aplica la herramienta protocolo de Londres y se realizan auditorías semestrales	Total de socializaciones realizadas	3

EL RIESGO DE INFECCIÓN ES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD	la OMS. Debe estar socializado					
	Auditorías semestrales de adherencia a la higiene de manos para todos los servicios asistenciales y documentación de acciones de mejora si aplica.	cualitativo	Revisión de resultados sobre el lavado de manos y el seguimiento o al lavado de manos de los colaboradores	Se verifica la adherencia a la política de lavado de manos	Numero de socializaciones/ cantidad de lavado de manos correcto del personal de la institución	3
MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS	Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por administración incorrecta de medicamentos, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad	cualitativo	Mitigación de riesgos en cuanto a la administración insegura de medicamentos	Revisión de evidencias documentales de ocurrencia de casos mediante verificación en historia clínica de identificación de alergias a los medicamentos		4
	Medición semestral de adherencia al proceso de administración segura de	cualitativo	Evaluación del seguimiento o realizado por comités	Evaluación de resultados de las documenta		4

	medicamentos a los usuarios y documentación de acciones de mejora si aplica		de seguridad del paciente	ciones de las incidencias y su respectiva evaluación		
	Los registros de la historia clínica evidencian que se ha identificado el riesgo de alergias a medicamentos de los usuarios de los servicios de internación y urgencias	CUALITATIVO	revisión periódica de historias clínicas	Verificación y planes de mejora detectados en la verificación de historias clínicas		4
ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES	Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por identificación incorrecta del usuario, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad	cualitativo	Revisión de la existencia de protocolo de identificación segura del paciente y su cumplimiento de identificación de pacientes	Se verifica si existen o no formatos de los análisis de los eventos adversos presentados	Socialización de protocolo/ número de incidentes por reporte de eventos adversos por no identificación correcta	5
	Protocolo para asegurar la correcta identificación del usuario al ingreso del mismo y en los servicios asistenciales, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años.	cualitativo		Se verifica si existe el protocolo y numero de actualizaciones		5
	Medición semestral de adherencia al protocolo de identificación correcta del	cualitativo		Se verifican los resultados	Numero de capacitaciones y actualizaciones al personal/ número de	5

	usuario y documentación de acciones de mejora si aplica			de mediciones	actualizaciones de las guías	
PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS	Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: Lesión por caída asociada a la atención de salud, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad	cualitativo	Verificar si existen formato de reporte de eventos por caídas	Se verifican los análisis realizados de eventos adversos presentados, con los planes de mejora establecidos, la clasificación del riesgo de úlceras por presión, y la medición de la adherencia a esta guía	Numero de eventos adversos por caídas/ número de acciones de mejora dadas por el comité de seguridad del paciente	7
	Clasificar el riesgo de caída a los usuarios que son internados en la institución y que contemple como mínimo antecedentes de caídas e identificación del paciente que estén agitados, funcionalmente afectados, que necesiten ir frecuentemente al baño o que tienen movilidad disminuida y pacientes bajo sedación	cuantitativo	Verificar el riesgo de caídas por medio de manillas		Número de pacientes consultantes/ número de pacientes con riesgo de caídas*100	7
	Medición semestral de adherencia al protocolo para la minimización de riesgos de caída de los usuarios y documentación de acciones de mejora si aplica	cuantitativo	Verificar la adherencia a protocolos			

Anexo 5. FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR	
Nombre del indicador: Proporción de cumplimiento de las buenas prácticas de seguridad del paciente	Código del indicador: Bpsgl
Justificación: La monitorización de este indicador permite saber cómo se encuentra la institución, respecto a la seguridad del paciente y cuál es el cumplimiento de la Política de Seguridad del Paciente Nacional, además de que permita detectar problemas de la calidad de la atención	
Dominio: Seguridad del paciente	Numerador: Sumatoria de los criterios cumplidos de las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias en el sistema único de habilitación
	Denominador: Sumatoria de criterios evaluados de las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias en el sistema único de habilitación
Unidad de medida: Porcentual	Formula: Sumatoria de los criterios cumplidos de las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias en el sistema único de habilitación/ Sumatoria de criterios evaluados de las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias en el sistema único de habilitación * 100
Factor: 100	
Fuente de información: Lista de chequeo buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias en el sistema único de habilitación.	
Nivel de desagregación geográfica: Clínica IPS FAME	Periodicidad: Semestral
Referente bibliográfico: Ministerio de salud y protección social. Dirección de prestación de servicios. Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad del paciente. Revisado el 2/3/2018.	
Responsables del indicador: Juliana María Bedoya Echeverri, Nadia Cristina Corre Villa, Yeraldin León Quintero, Lizeth Tatiana Quintero Gómez	

Anexo 6. PLAN DE MEJORAMIENTO DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE IPS FAME

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar estrategias que permitan a la clínica IPS FAME fortalecer el programa de seguridad del paciente y a su vez crear habilidades respecto a las barreras de defensa para disminuir la ocurrencia de incidentes o eventos adversos en la institución.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer comité encargado de que las actividades propuestas se cumplan a cabalidad.
- Crear estrategias de capacitación para el personal de salud respecto a la seguridad del paciente.

Matriz 5W2H						
¿Qué?	¿Por qué?	¿Dónde?	¿Quién?	¿Cuándo?	¿Cómo?	¿Cuanto?
Evaluar el conocimiento al personal auxiliar acerca de la Política de Seguridad del Paciente.	Revisar el conocimiento y adherencia frente a la importancia del programa de seguridad del paciente, además de hacer un diagnóstico de las falencias de los trabajadores y crear acciones que refuercen dichos conocimientos	Clínica IPS FAME Manizales Caldas	Enfermera de calidad del programa de seguridad del paciente.	Corto plazo	Aplicar instrumento prueba de conocimiento al personal auxiliar	Gasto de fotocopias y lapiceros
Medir la adherencia de la guía del lavado de manos	El aplicar la adecuada técnica del lavado de manos y en el momento oportuno es efectivo en la prevención de infecciones en el servicio de atención.	Toda la clínica IPS FAME Manizales Caldas	Enfermera de calidad del programa de seguridad del paciente	Corto plazo	El personal capacitado recorrerá toda la institución aplicando lista de chequeo para adherencia del personal acerca del lavado de manos.	Gasto de compra de jabón e insumos de lavado de manos extra.

Sensibilizar sobre trato humanizado al paciente.	Disminuir la inconformidad mostrada por los usuarios debido al trato deshumanizado por funcionarios de la clínica IPS FAME.	Toda la clínica IPS FAME Manizales Caldas	Enfermera Calidad del programa de seguridad del paciente	Largo plazo	Capacitar al personal de la clínica FAME referente a cultura y humanización en la atención	Gasto en logística de la capacitación (refrigerios, papelería, etc.)
Socializar el protocolo de limpieza y desinfección	Importancia de unificar conceptos y criterios para la limpieza y desinfección de la institución, no se cuenta con protocolo por lo que no existe adherencia a los procesos de limpieza y desinfección.	Clínica IPS FAME Manizales Caldas	Enfermera Calidad del programa de seguridad del paciente	Inmediato	Realizar capacitación para la implementación del protocolo de limpieza y desinfección, se le entregara al personal el protocolo para su propio uso	Gastos de fotocopias
Evaluar adherencia al protocolo de limpieza y desinfección	Reducir el riesgo de cometer un error a la hora de brindar la atención en salud.	Toda la clínica IPS FAME Manizales Caldas	Enfermera Calidad del programa de seguridad del paciente	Mediano plazo	Realizar rondas de seguridad en las áreas de la clínica, con la respectiva lista de chequeo ya establecida de acuerdo con el área	Gasto de papel y lapicero.
Fomentar la cultura de reportes de eventos adversos	Disminuir la probabilidad de aparición de eventos adversos y mejorar la calidad de la atención.	Auditorio de la clínica IPS FAME Manizales Caldas y sala de reuniones del laboratorio Silvio	Comité de seguridad del paciente de IPS FAME	Mediano plazo	Socializar junto con el comité de seguridad del paciente y el personal los planes de mejoramiento y metodología Mefi y espina de pescado para disminuir los	Gasto en logística de la capacitación (refrigerios, papelería, etc.)

		Alfonso Marín Uribe			eventos adversos por inadecuada identificación de las muestras de laboratorio	
Retroalimentar a todo el personal	Procurar el aprendizaje institucional acorde con experiencias exitosas.	Clínica IPS FAME Manizales Caldas	Enfermera de Calidad del programa de seguridad del paciente	Largo plazo	Reuniones periódicas con todo el personal de acuerdo con los procesos que se pueden mejorar en la institución reforzando así el programa de seguridad del paciente.	Gasto en logística (papelería)
Medición de indicadores semestrales exigidos por la normatividad legal vigente	Realizar la medición de los indicadores con el fin de evidenciar las estadísticas de reporte de la institución para contribuir al crecimiento del sector salud y evidenciar las falencias presentadas en la institución para darles mejoría.	Clínica IPS FAME Manizales Caldas	Enfermera de calidad del programa de seguridad del paciente	Semestral	Realizar el respectivo análisis y conteo de los eventos mediante la información documentada y evidenciada de la institución para enviar datos verdaderos.	Gasto de papel
Seguimiento a la adherencia al manual de bioseguridad	Mejorar y realizar correcciones a los errores evidenciados que ponen en riesgo la seguridad del paciente y del personal	En todas las áreas de la clínica IPS FAME Manizales Caldas	Enfermera de calidad del programa de seguridad del paciente	Largo plazo	Evaluar conceptos de la información recibida por el personal, del protocolo ya estandarizado.	Gasto de papel y lapiceros

Implementar el protocolo de riesgo de caída en el servicio ambulatorio	Prevenir los eventos adversos asociados a caídas en la institución, a pesar de que el servicio sea ambulatorio se puede presentar y se requiere las alarmas y prevenciones necesarias para evitar el evento.	En la clínica IPS FAME Manizales Caldas	Enfermera de calidad de programa de seguridad del paciente	Inmediatamente	Diseñar y socializar el protocolo de riesgo de caídas con ayuda de material audiovisual y entrega de material educativo.	Gastos de logística.
Implementar protocolo de administración de medicamentos	Prevenir eventos adversos asociados a la administración de medicamentos	En la clínica IPS FAME Manizales Caldas	Enfermera de calidad de programa de seguridad del paciente	Inmediato	Diseñar y socializar el protocolo de administración de medicamentos con ayuda de material audiovisual y entrega de material educativo.	Gastos de logística.